

公益財団法人 損保ジャパン日本興亜福祉財団  
2016年度 ジェロントロジー研究助成採択課題

介護現場における介護職と看護職による  
「看取り」と「死」の持つ意味の差異を踏まえた  
ケアの提供方法と連携方法の構築に関する研究

報告書

2018年3月

尚美学園大学総合政策学部総合政策学科  
専任講師 高橋 幸裕

東京大学大学院 人文社会系研究科  
特任研究員 角 能

熊谷生協病院  
看護師 古賀 恵海



## 1. はじめに

少子高齢人口減少社会となった我が国では、更なる社会保障の充実が求められている。我が国の社会保障制度は1950年の社会保障制度審議会勧告「社会保障制度に関する勧告」で述べられているように、「社会保険」、「社会福祉」、「公的扶助」、「公衆衛生及び医療」の4つから構成されているが、いずれも構成する制度は今を生きる者へのリスクへの対応が前提となっていることに特徴がある。

これに対して、社会の変化に対応するため、社会福祉基礎構造改革が行われた結果、福祉サービスのあり方そのものが変わった。その一つが措置から契約へとと言われる制度の代表である介護保険制度である。高齢者福祉に関していうと、死を包括した福祉的制度は介護保険制度ができるまではなかったが、同法が整備された際に訪問看護においてターミナルケア加算が算定可能となり、2006年には介護老人福祉施設において看取り介護加算が制度として設けられた。そして、2009年からは介護老人保健施設においてターミナルケア加算、認知症対応型共同生活介護において看取り介護加算が対象として含まれるようになった。

また、世帯人員数が減少、病院へのアクセスが整備された結果、1976年以降、病院死の割合が在宅死を逆転して以来、家庭からは看取りをすることが少なくなっていく。その後、病院から在宅への移行を進める政策的誘導、利用者本位を掲げた介護保険制度の理念の浸透等もあり、人生の最後をどのように迎えるかが社会的関心の一つとなってきた。つまり、家庭における機能の低下に伴って看取りを経験した者が減少する中で、死に対してどのように対応していくことが社会的課題として表出してきたのである。

このような背景があり、科学的研究を行う必要があった。そこで公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団2016年度ジェロントロジー研究助成に応募し、「介護現場における介護職と看護職による『看取り』と『死』の持つ意味の差異を踏まえたケアの提供方法と連携方法の構築に関する研究」が助成課題として採択される機会を得た。

本研究プロジェクトは介護、医療、福祉の各現場において営まれた実践のみならず、職能団体の協力を得て明らかにした成果である。今回、ご協力をいただいたすべての皆様、職能団体担当者様に、そして現場で日々実践されている皆様にとって有益なものとなることを願っている。

2018年3月15日

尚美学園大学総合政策学部総合政策学科

専任講師 高橋 幸裕

## 2. 本研究事業の概要

### 1) 研究事業助成元

公益財団法人 損保ジャパン日本興亜福祉財団

### 2) 研究目的（研究計画書より引用）

日本人の死を迎える場所が病院死の割合が在宅死の割合を逆転したのは1976年である。病院死はその後増加し、現在は約8割を占めている。2000年に社会福祉法が改正されたことで福祉は権利として位置づけられたが、後述するように高齢者福祉政策において「死」について十分に意識は払われていなかった。その結果、介護職、医療職、福祉職（以下、専門職）の支援に基づいた当事者の「死」に対する対応方法（人生の最期をどう迎えるのか）の課題として、以下のような論点が提起されている。

- ①ケアを提供する体制づくりの方法の構築がなされていない。
- ②介護職と医療職などの多職種間における連携方法（ノウハウ）がなく、円滑に行えていない。
- ③専門職の看取りに関する専門性の差異について明確化がなされていない。

本研究の問題関心の基底には、1976年に病院死の割合が在宅死を逆転したことによる延命治療偏重の反省がある。病院死が一般化したことによって家庭から「死」が消え、当事者による「死」に対する自己決定がないがしろにされてきたからである。2000年4月に施行された介護保険法では理念として「自己決定の尊重」、「生活の継続」、「自立支援（残存能力の活用）」が示されたが、人生の最期をどう迎えるかは明確にされておらず4人に1人以上が高齢者である超高齢社会・人口減少社会となった今日、「死」は古くて新しい問題であると言ってもよい。つまり、本研究はこれまで研究されてこなかった領域を開拓するという点において先進性がある。

同時に、病院死が一般化したことで家庭から看取りをする機能と死を体験する機会が失われてしまったことにより、いくら利用者や家族が希望の場所（自宅、高齢者福祉施設、医療機関等）で最期を迎えたいと求めても、介護保険法の理念である「自己決定の尊重」は物理的に不可能な状態に陥ってしまっている。そのような中で、どのような形で死を迎えるのかという点において具体的方策が構築されていない。

他方、学術的視点に目を向けると、ケアは「死」を包括したものであるにも関わらず、介護に関する研究では高齢者が生き続けることを前提とした考察が中心であり、看護に関する研究では職務に「死」を包括したことが前提とした考察が行われており、職業的特徴と差異が明確になされてこなかった。また専門職のそれぞれが看取りについてどのような考えを形成し、そこにはどのような葛藤が含まれているのかも十分に明らかにされていない。

以上を踏まえ超高齢社会・人口減少社会となった我が国において、以下の点がこれまで生きることを前提とされてきた高齢者福祉政策、「死」が包括されているが十分に意識が払われてこなかった医療・看護政策の空白であると考え。そこで本研究は以下の新たな視点に基づいて行う。以下の

意味で、本研究は独創的かつ重要性の高いものであると考える。

①ヒトの尊厳について、死に至るまでのプロセスにおいてどのタイミングでどのように保障しているのかを明確化する。

②①を左右する、専門職間の看取りにおける連携の実態を明らかにする。家族だけでなく専門職の支援に基づいた看取り（死を包括したケア）の在り方を検討することはヒトとしての権利と尊厳を担保することに繋がる。

③専門職ごとの看取りと死に対する考え方、特徴、考え方が形成される過程を明らかにする。

これらの成果を踏まえ、本研究の目的は、看取りにおける専門職間の適切な役割分担に資することである。すなわち家族だけで看取りを行うことが困難となった今日、間もなく死を迎える者と家族が希望する場所において、専門職がそれぞれの特性を最大限生かしながら望ましい看取りを実現するための基盤づくりをすることである。具体的には自宅、高齢者福祉施設、医療機関等に介護や治療を受けるために配置されている専門職ごとの専門性や効果の現状と今後の課題を明らかにする。つまり、「死」が近くなった者と家族に対するケアをより効果的に支援をするために、それぞれの職務の中に組み込まれた「死」に対する専門性と効果を明確化する。上述した①②③を明らかにすることは、今後の看取りにおける役割分担の設計の基盤となり、そのことによってより質の高いケアを提供することが可能となる。

### 3) 調査研究手法

#### (1) 調査実施地域 (Research area)

東京都、埼玉県

#### (2) 調査対象者・職能団体 (Survey target, professional organization)

現場関係者

- ①介護職（ホームヘルパー・介護福祉士）
- ②社会福祉士
- ③介護支援専門員
- ④看護師

職能職団体

- ①日本ホームヘルパー協会
- ②一般社団法人日本介護支援専門員協会
- ③公益社団法人日本介護福祉士会
- ④公益社団法人日本看護協会
- ⑤公益社団法人日本社会福祉士会

#### (3) 調査対象者及び団体の選定方法

本研究は研究目的でも述べたように、専門職のそれぞれが「死」についてどのように理解し、介

護現場で「看取り」を実践しているのかを明らかにしようとするものである。今回の研究テーマでは、訪問介護現場、高齢者福祉施設、介護老人保健施設等において介護サービスを提供する専門職を対象に調査を実施した。ここでいう専門職とは、介護職（ホームヘルパー・介護福祉士）、社会福祉士、ケアマネジャー（介護支援専門員）、看護師である。

調査依頼方法は研究代表者、共同研究者が直接行うことをする以外に、日本ホームヘルパー協会や公益財団法人介護労働安定センター埼玉支部を中心として照会を行っていただき調査を実施した。

また、専門職の意見をより普遍的なものとする為に、職能団体（日本ホームヘルパー協会、一般社団法人日本介護支援専門員協会、公益社団法人日本介護福祉士会、公益社団法人日本看護協会、公益社団法人日本社会福祉士会）に質問項目を提示の上、インタビューを実施することとした。

#### (4)調査対象者・調査団体の特徴 (Characteristic)

A 病院：1950年代前半に創設された診療所を母体に、現在、病床数は105床、診療科が一般外来と専門外来、その他で構成されており、訪問診療も行っている。

B 株式会社：看護師が代表取締役を担う訪問看護、リハビリテーション、マッサージを事業とする株式会社である。東京都以外にも全国に5オフィス、6事務所、1介護支援事業所、訪問メディカルマッサージ事業所を有している。

C ケアセンター：医療生協病院をネットワークに持ち、訪問介護、訪問看護、居宅支援事業所2事業の合計4事業所を展開しているケアセンターである。2008年からは特定事業所として業務を行っている。

D 介護老人保健施設：1999年に医療生協を母体に開設された施設である。療養棟の定員が100名、通所の定員が80名である。主たる事業は介護、看護、機能維持、回復のためのリハビリテーションを行っている。

E 特別養護老人ホーム：社会福祉法人が1991年にE特別養護老人ホームを開設以降、デイサービスセンターや認知症対応型グループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所等を展開している。

F 有限会社：高齢者の在宅介護サービス、小規模多機能居宅介護、グループホーム等を運営している。一事業所で軽度の要介護度から看取りまでを実践している。

#### (5)調査方法 (How to investigate)

半構造化面接法による聞き取り調査（インタビュー）を行う。

- ①人数：現場関係者 18名、職能団体関係者 5名
- ②実施形態：原則1対1、60分を限度として半構造化面接法を用いて行う。
- ③調査実施の準備：調査の趣旨と依頼文、調査の同意に関する書類を作成する。
- ④実施方法：調査実施前に再度趣旨と倫理的配慮、遵守事項等を説明し、調査協力者には承諾書を書いてもらう。記録は調査協力者の承諾を得た上で音声録音する。

## (6) 質問項目 (Questions)

調査対象者（専門職）及び職能団体に対し、以下の内容について質問項目案としてそれぞれ設定する。

## 調査対象者（専門職）

## I. 看取りに際して、利用者や家族の感情をどのようにケアしていくか？

- (1) 家族の方や利用者 と接する時、感情や気持ちへの配慮に際してどのような点に気を付けていますか？
- (2) 利用者の看取り時に人間関係を深めたり、逆に深入りしすぎないようにしたことはありますか？
- (3) 利用者や家族の感情や気持ちを具体的にどのように汲み取っていますか？
- (4) 家族の方が動揺する、利用者が本当の気持ちを語られない場合、もしくは気持ちを汲み取ることが難しい場合はどのように対処していますか？

## II. 他の専門職の方との役割分担をどうしていくか？

- (1) 他の専門職とコミュニケーションをとる際に、どのような点に気を付けていますか？
- (2) 他の専門職と看取りについて、考えや方法論の違いを感じた経験はありますか？
- (3) 利用者 と家族に対する支援方法において、チーム内の意見や考え方が違った時にどのように調整されていますか？
- (4) 現在の役割分担を踏まえて、他の専門職に任せたいことはありますか？また、自らがもっとすべきことがあると思いますか？
- (5) ターミナルケアを担当する上で、一番難しいと感じる点とは何ですか？例えば、現在の職場での看取りの体制、方法についての課題はどこにあると思いますか？
- (6) ターミナルケアを担当した後、ストレスの解消を図るためにしていることやチーム内で行っていること、そして事業所からはどのようなフォロー、支援等がありますか？

## 職能団体

## I. 職業としてターミナルケアに関する役割をどのように果たしていくのか？

- (1) ターミナルケアに関する職能団体の役割とはどのようなことだと考えていますか？

- (2) 専門職として、ターミナルケアを担当する場合、職務としてどのようなことについて対応しなければならないと考えますか？
- (3) 介護現場においてチームケア体制が一般的となっていることを踏まえて、他の専門職にやってほしいことはありますか？また、自らが果たすべき役割があると思いますか？
- (4) ターミナルケアを担う上で、職務を果たすうえで一番難しいと感じる点とは何ですか？例えば、現在の養成課程のカリキュラムや現場での看取りの体制、方法についての課題と考える所はどこにあると思いますか？
- (5) ターミナルケアを担当した際に生じたストレスについて、個人、チーム、事業所、職能団体のそれぞれの段階でどのような対応策が必要であると考えていますか？特に事業所だけでは対応できない時、団体としてどのような支援をしたいですか？
- (6) 介護保険制度ではターミナルケアに関して、ターミナルケア加算や看取り介護加算の各制度についてどのように運用され、かつ改善してほしい点がありますか？

## II. 養成段階におけるターミナルケアに関する課題はどのような点があるのか？

- (1) 職能団体として、ターミナルケアに関する学びと求められる専門性とはどのようなものだと考えていますか？
- (2) 現在の養成カリキュラムにおいて、ターミナルケア、死、チームケアに関する領域はどのような目的からどのように位置づけられており、構成されていますか？
- (3) 現在の養成カリキュラムにおいて、ターミナルケア、死、チームケアに関する領域について、どのようなことを押さえておかなければならないと考えていらっしゃいますか？
- (4) 今後、養成カリキュラムを改定する際にターミナルケア、死、チームケアについてどのような形で位置づけていきたいと考えていますか？

## (7) 分析方法 (Analysis methods)

以下の方法で分析を行う。

- ① データ処理方法: 得られたデータを文字化したうえで、テキストマイニング法にて処理する。  
分類したデータを用いて活動内容の範囲、連携をするための課題を中心に考察を行う。
- ② 要因分析: 支援内容をキーワードごとに整理し、専門職が考える内容について検討する。その上で共通する要因を検討する。
- ③ ①②について研究チームがそれぞれの視点に立って、課題分析を行う。



## 4) 本報告書の位置づけ

本報告書は社会科学分野、特に高齢者福祉政策、社会保障の観点では議論がなされてこなかった「死」、「看取り」、そして「多職種連携」をキーワードに実施した調査研究の成果である。2)研究目的（研究計画書より引用）でも述べているように、高齢者福祉政策や社会保障の領域では「今を生きる」、「生きていくため」が前提であり、死に逝く人へのあり方が欠如していた。

本報告書は、介護職、福祉職、看護職が介護現場においてどのような形で利用者の看取りを支援しているのかを明らかにしたものである。我が国は少子高齢人口減少社会であり、且つ世帯人員の縮小と相まって家庭内から死が消え去った後の揺り戻しの時期に入っている。そのよう中で人生の最後の幕引きのあり方について高齢者福祉政策の観点のみならず、「生きる」ための新しい手段としての規定となる位置づけとして作成した報告書である。

## 5) 実施体制

本研究事業は以下の者によって研究チームを構成している。

尚美学園大学総合政策学部総合政策学科 専任講師 高橋 幸裕（研究代表者）

東京大学大学院人文社会系研究科 特任研究員 角 能

熊谷生協病院 看護師 古賀 恵海

## 6) 研究スケジュール

日時	事柄	内容
2016年7月25日(月)	研究助成申し込み	研究テーマを作成し、申請を行う。
2016年10月14日(金)	研究助成採択	研究助成採択の連絡を受ける。
2016年11月3日(木)	第1回打ち合わせ会議	調査研究の方針について共有、現場の実態についての情報共有等を行う。
2016年11月21日(月)	贈呈式兼情報交換会	高橋(代表者)が出席する。
2016年12月22日(木)	第2回打ち合わせ会議	インタビュー調査のたたき台となる質問項目の検討、調査依頼先の選定を行う。
2017年1月21日(土)	第3回打ち合わせ会議	終末期にある者に対する実態や課題について情報共有を行う。
2017年2月19日(日)	第4回打ち合わせ会議	質問項目の検討、調査対象先の依頼状況について確認等を行う。
2017年3月20日(月)	第5回打ち合わせ会議	質問項目の確定、調査依頼先の調査依頼及び調査の実施準備を行う。
2017年4月2日(日)	第6回打ち合わせ会議	調査協力先の調査依頼、調査方法の共有、調査の進捗状況について報告を行う。
2017年6月10日(土)	第7回打ち合わせ会議	調査実施状況報告等を行う。
2017年7月2日(日)	第8回打ち合わせ会議	調査実施状況報告、分析方法の検討を行う。
2017年8月19日(土)	第9回打ち合わせ会議	調査実施状況報告、分析準備を行う。
2017年9月30日(土)	第10回打ち合わせ会議	分析準備について検討を行う。
2017年10月21日(土)	第11回打ち合わせ会議	研究成果のまとめ方等について検討を行う。
2018年1月25日(木)	第12回打ち合わせ会議	分析作業の状況報告を行う。
2018年3月1日(木)	第13回打ち合わせ会議	研究のまとめ、仕上げについて確認を行う。
※第1～13回打ち合わせ会議の開催場所は尚美学園大学高橋幸裕研究室にて行う。		

## 7) 倫理的配慮

調査研究を実施するに当たり、以下の倫理的配慮として遵守すべきことを記しておく。この倫理的配慮は、公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団 2016年度福祉諸科学事業「2016年度ジェロントロジー研究助成 申込書」において記したものである。本研究課題が採択された結果、倫理的配慮事項について当該法人より了承が得られたと考えている。以下、「2016年度ジェロントロジー研究助成 申込書」より引用する。

### 倫理的配慮

- (1) 調査実施: 対象者には事前に内容説明を十分に行い、同意を得ること。(書面のやり取りを行う。)
- (2) 調査実施時に関する姿勢: 調査実施者は、調査協力法人や調査協力者に対して否定や批判的な言動を行わない。
- (3) 協力者の匿名化: 個人や法人が特定されないよう匿名化する。かつ生データの公開は行わない。
- (4) 物品のやり取り: 調査実施者は、調査協力法人や調査協力者から金銭・物品を受け取らない。
- (5) 協力者の不利益への対応: 該当するデータは分析対象から除外し、かつ原因究明を行い、誠意をもって謝罪する。
- (6) データの管理方法: 得られたデータは所属外に持ち出さない。(鍵付きの引き出しで管理する。)
- (7) 調査実施に関するマニュアルの作成: 協力者に対して不利益にならないようにするため調査マニュアルの作成を行う。
- (8) 調査実施後の対応: 研究結果に対して問い合わせや問題発生時に対応できるよう、得られたデータは半年間保存する。

## 8) 調査結果と概要

聞き取り調査実施一覧						
調査先: 調査対象者(専門職)						
番号	調査先	職種	性別	調査日	担当者	備考
1	A病院(埼玉県)	福祉職(指導員)	女性	2017年4月21日	古賀恵海	(注1)
2	B株式会社(東京都)	看護師A	男性	2017年5月7日	古賀恵海	
3	B株式会社(東京都)	看護師B	男性	2017年5月7日	古賀恵海	
4	Cケアセンター(埼玉県)	介護職	女性	2017年5月31日	古賀恵海	
5	Cケアセンター(埼玉県)	介護職(管理者)A	女性	2017年6月5日	古賀恵海	(注1)
6	D介護老人保健施設(埼玉県)	看護師(看護主任)	女性	2017年6月23日	古賀恵海	(注1)
7	D介護老人保健施設(埼玉県)	福祉職(生活相談員)	女性	2017年6月23日	古賀恵海	(注1)
8	D介護老人保健施設(埼玉県)	介護職(介護主任)	女性	2017年6月23日	古賀恵海	(注1)
9	Cケアセンター(埼玉県)	福祉職(介護支援専門員)	女性	2017年6月26日	古賀恵海	(注1)
10	E特別養護老人ホーム(埼玉県)	介護職	男性	2017年7月6日	高橋幸裕	
11	E特別養護老人ホーム(埼玉県)	看護師	女性	2017年7月6日	高橋幸裕	
12	E特別養護老人ホーム(埼玉県)	福祉職(計画作成担当者)	女性	2017年7月6日	高橋幸裕	(注1)
13	E特別養護老人ホーム(埼玉県)	福祉職(生活相談員)	男性	2017年7月6日	高橋幸裕	(注1)
14	D介護老人保健施設(埼玉県)	介護職(介護福祉士)	女性	2017年7月20日	古賀恵海	
15	Cケアセンター(埼玉県)	看護師(管理者)B	女性	2017年7月25日	古賀恵海	(注1)
16	F有限会社(埼玉県)	福祉職(代表取締役)	女性	2018年8月7日	高橋幸裕	(注1)
17	F有限会社(埼玉県)	介護職(施設部長)	男性	2018年8月7日	高橋幸裕	(注1)
18	F有限会社(埼玉県)	看護師	女性	2018年8月7日	高橋幸裕	

(注1) 職種の後に( )となっているものは同意書に記された役職・担当である。

## 調査先: 職能団体

番号	調査先	調査日	担当者	備考
1	日本ホームヘルパー協会	2017年9月7日	角能	書面にて回答
2	一般社団法人日本介護支援専門員協会	2017年8月28日	角能	
3	公益社団法人日本介護福祉士会	2017年5月29日	角能	
4	公益社団法人日本看護協会	2017年4月14日	角能	
5	公益社団法人日本社会福祉士会	2017年4月15日	角能	



### 3. 目次

1. はじめに	1
2. 本研究事業の概要	2
1) 研究事業助成元	2
2) 研究目的（研究計画書より引用）	2
3) 調査研究手法	3
4) 本報告書の位置づけ	7
5) 実施体制	7
6) 研究スケジュール	7
7) 倫理的配慮	8
8) 調査結果と概要	8
3. 目次	11
3.1. 図目次	13
3.2. 表目次	14
4. 量的調査結果	17
4.1. 性別	17
4.2. 年齢	18
4.3. 保有資格	19
4.4. 看取り担当時の立場	20
4.5. 介護の仕事歴	21
4.6. 在宅で働いた経験	22
4.7. 施設で働いた経験	23
4.8. 現在勤務している法人の種別	24
4.9. 現在勤めている法人での勤務年数	25
4.10. 雇用形態	26
4.11. 職場での立場	27
4.12. 看取りの担当件数	28
4.13. 看取りを担当しているか	29
4.14. 医療機関勤務時の患者の看取り経験	30
5. 質的調査結果（職能団体全体）	31
5.1. テキスト分析：記述統計（職能団体全体）	31
5.2. 出現回数と出現文書数の対数軸表（職能団体全体）	32
5.3. 品詞ごとの出現頻度（職能団体全体）	33
5.3.1. タグ	36

5.4. コロケーション分析（職能団体全体）	38
5.4.1. ターミナルケアに関する職能団体の役割とは何か。	39
5.4.2. 専門職としてターミナルケアを担当する場合、職務としてどのようなことについて対応しなければならないか。 チームケア体制のなかで自らが果たすべき役割とは何か。	40
5.4.3. 介護現場においてチームケア体制が一般的となっていることを踏まえて、他の専門職にやってほしいことは何か。	41
5.4.4. ターミナルケアを担う上で、職務を果たすうえで一番難しいと感じる点とは何か。 例えば、現在の養成カリキュラムや現場での看取り体制、方法についての課題は何か。	42
5.4.5. ターミナルケアを担当した際に生じたストレスについて、個人、チーム、事業所、職能団体のそれぞれの段階で、どのような対応策が必要であると考えているか。 特に事業所だけでは対応できない時、団体としてどのような支援をしたいか。	44
5.4.6. 介護保険制度ではターミナルケアに関して、ターミナルケア加算や看取り加算の各制度についてどのように運用され、かつ改善してほしい点があるか。	45
5.4.7. 「情報」「共有」「指導」	47
5.4.8. 「研修」「教育」「説明」	48
5.4.9. 「連携」「つながる」「チーム」「職種」	49
5.4.10. 「退院」「調整」「事例」	51
5.4.11. 「評価」「オンコール」「配置」「制度」	52
5.5. 職能団体ごとの分析	53
5.5.1. 日本ホームヘルパー協会	55
5.5.2. 日本介護支援専門員協会	55
5.5.3. 日本介護福祉士会	56
5.5.4. 日本看護協会	56
5.5.5. 日本社会福祉士会	57
6. 質的調査結果（専門職全体）	59
6.1. テキスト分析：記述統計（専門職全体）	59
6.2 出現回数と出現文書数の対数軸表（専門職全体）	60
6.3. 品詞ごとの出現頻度（専門職全体）	61
6.3.1. タグ	64
6.4. コロケーション分析（専門職全体）	66
6.4.1. 看取りに際して、利用者や家族の感情や気持ちへのケア、配慮について。どのように気持ちを汲み取っているのか。関わりの距離感の取り方は。	67
6.4.2. 他の専門職との役割分担をどうするか。他の専門職に任せたいこと。 自分たちがすべきこと。	69
6.4.3. 他の専門職とコミュニケーションをとる際に、気をつけていること。	70

6.4.4. チーム内の意見や考え方が違った場合に、どのように調整するか。 ……	71
6.4.5. 看取りの体制、方法についての課題など。 ……	72
6.4.6. 「情報」「共有」「伝える」 ……	73
6.4.7. 「信頼」「関係」 ……	75
6.4.8. 「意見」「交換」 ……	76
6.4.9. 「連携」「取れる」 ……	77
6.5. 専門職ごとの分析 ……	78
6.5.1. 介護職（ホームヘルパー・介護福祉士） ……	80
6.5.2. 社会福祉士 ……	82
6.5.3. 介護支援専門員 ……	84
6.5.4. 看護師 ……	87
7. 共同研究者による考察 ……	89
7.1. 共同研究者の視点から ……	89
7.2. 共同研究者の視点から ……	91
8. 総括 ……	97
9. 謝辞 ……	103
巻末資料：フェイスシート ……	105

### 3.1. 図目次

図 4-1 回答者の性別 ……	17
図 4-2 回答者の年齢 ……	18
図 4-3 保有資格 ……	19
図 4-4 看取り担当時の立場 ……	20
図 4-5 介護の仕事歴 ……	21
図 4-6 在宅で働いた経験年数 ……	22
図 4-7 高齢者福祉施設で働いた経験の有無 ……	23
図 4-8 現在勤務している法人の種別 ……	24
図 4-9 現在勤めている法人での勤務年数 ……	25
図 4-10 雇用形態 ……	26
図 4-11 職場での立場 ……	27
図 4-12 これまでの看取りの担当件数 ……	28
図 4-13 現在、勤めている法人での看取りの担当件数 ……	29
図 4-14 訪問看護事業所に勤める前に医療機関での看取りの経験件数 ……	30
図 5-1 出現回数と文書数の対数軸グラフ ……	32

図 5-2 共起ネットワーク (サブグラフ検出 媒介) .....	37
図 5-3 職能団体の対応分析 .....	54
図 6-1 出現回数と文書数の対数軸グラフ .....	60
図 6-2 共起ネットワーク (サブグラフ検出 媒介) .....	65
図 6-3 専門職の対応分析 .....	79
図 6-4 「介護職 (ホームヘルパー・介護福祉士)」の共起ネットワーク図 .....	80
図 6-5 「社会福祉士」の共起ネットワーク図 .....	82
図 6-6 「介護支援専門員」の共起ネットワーク図 .....	84
図 6-7 「看護師」の共起ネットワーク図 .....	87

### 3.2. 表目次

表 4-1 回答者の性別 .....	17
表 4-2 回答者の年齢 .....	18
表 4-3 保有資格 .....	19
表 4-4 看取り担当時の立場 .....	20
表 4-5 介護の仕事歴 .....	21
表 4-6 在宅で働いた経験年数 .....	22
表 4-7 現在勤務している法人の種別 .....	24
表 4-8 現在勤めている法人での勤務年数 .....	25
表 4-9 雇用形態 .....	26
表 4-10 職場での立場 .....	27
表 4-11 これまでの看取りの担当件数 .....	28
表 4-12 現在、勤めている法人での看取りの担当件数 .....	29
表 4-13 訪問看護事業所に勤める前に医療機関での看取りの経験件数 .....	30
表 5-1 記述統計 .....	31
表 5-2 度数分布表 .....	31
表 5-3 名詞の出現頻度 .....	33
表 5-4 形容動詞の出現頻度 .....	33
表 5-5 動詞の出現頻度 .....	34
表 5-6 形容詞の出現頻度 .....	34
表 5-7 副詞の出現頻度 .....	34
表 5-8 サ変名詞の出現頻度 .....	35
表 5-9 出現頻度の高い語 .....	35
表 5-10 タグ .....	36
表 5-11 「情報」「共有」「指導」のコロケーション語 (スコア順) .....	47
表 5-12 「研修」「教育」「説明」のコロケーション語 (スコア順) .....	48
表 5-13 「連携」「つながる」「チーム」「職種」のコロケーション語 (スコア順) .....	49



表 5-14 「退院」「調整」「事例」のコロケーション語（スコア順）	51
表 5-15 「評価」「オンコール」「配置」「制度」のコロケーション語（スコア順）	52
表 5-16 職能団体ごとの特徴語	53
表 6-1 記述統計	59
表 6-2 度数分布表	59
表 6-3 名詞の出現頻度	61
表 6-4 形容動詞の出現頻度	62
表 6-5 動詞の出現頻度	62
表 6-6 形容詞の出現頻度	63
表 6-7 副詞の出現頻度	63
表 6-8 サ変名詞の出現頻度	63
表 6-9 出現頻度の高い語	64
表 6-10 タグ	64
表 6-11 「情報」「共有」「伝える」のコロケーション語（スコア順）	73
表 6-12 「信頼」「関係」のコロケーション語（スコア順）	75
表 6-13 「意見」「交換」のコロケーション語（スコア順）	76
表 6-14 「連携」「取れる」のコロケーション語（スコア順）	77
表 6-15 専門職ごとの特徴語	78



## 4. 量的調査結果

以下、量的調査を実施した結果を報告する。

### 4.1. 性別

調査に回答した人の性別は、男性が5名（27.8%）、女性が13名（72.2%）であった。  
質問文および図・表は下記の通りである。

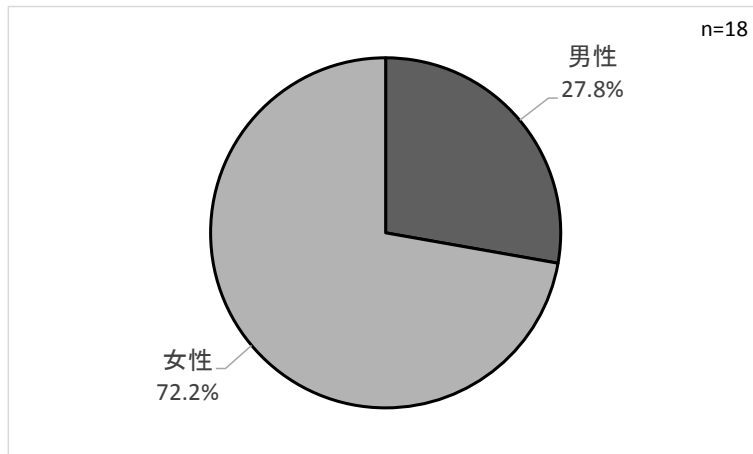
問 1. 性別をお伺いします。当てはまるものに○をつけてください。

(1) 男性      (2) 女性

表 4-1 回答者の性別

回答項目	回答数	(%)
男性	5	27.8
女性	13	72.2
総計	18	100.0

図 4-1 回答者の性別



## 4.2. 年齢

調査に回答した人の年齢は、最年少が 30 歳、最年長が 66 歳であり、平均年齢は 47 歳であった。  
質問文および図・表は下記の通りである。

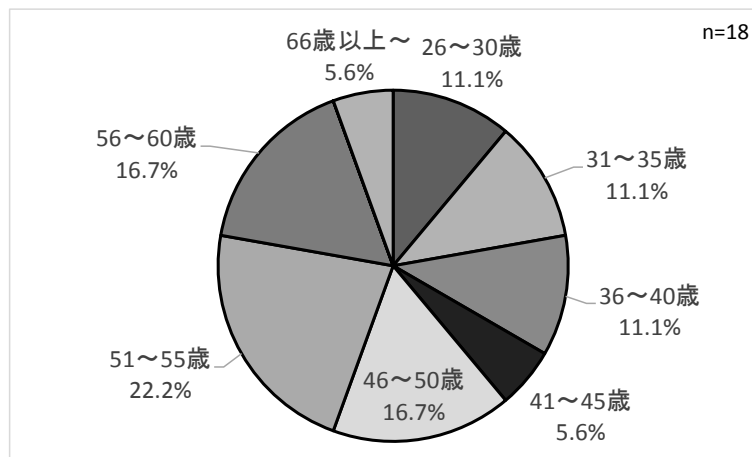
問 2. 年齢をお伺いします。数字を記入してください。

(            ) 歳

表 4-2 回答者の年齢

回答項目	回答数	(%)
26～30 歳	2	11.1
31～35 歳	2	11.1
36～40 歳	2	11.1
41～45 歳	1	5.6
46～50 歳	3	16.7
51～55 歳	4	22.2
56～60 歳	3	16.7
61～65 歳	0	0.0
66 歳以上～	1	5.6
総計	18	100.0

図 4-2 回答者の年齢



### 4.3. 保有資格

調査に回答した人の保有している資格（複数回答）は、介護福祉士が最も多く8名（44.4%）、次いで看護師7名（38.9%）であった。介護福祉士とホームヘルパー2級、両方の資格を保有している人は4名、介護福祉士と介護支援専門員、同じく両方の資格を保有している人は4名であった。

質問文および図・表は下記の通りである。

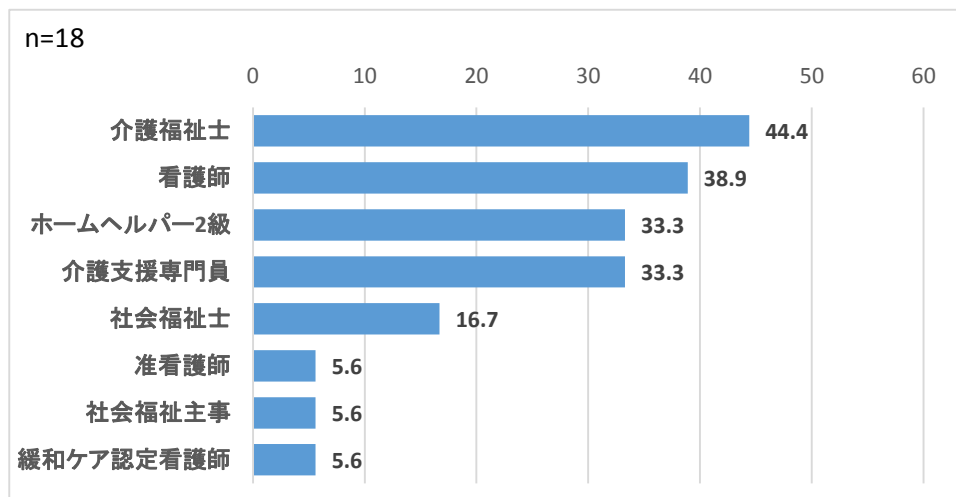
問3. あなたが保有している資格についてお聞きします。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- (1) 介護福祉士      (2) ホームヘルパー2級（介護職員初任者研修修了含む）      (3) 社会福祉士  
 (4) 精神保健福祉士      (5) 介護支援専門員      (6) 医師      (7) 看護師      (8) 准看護師  
 (9) 作業療法士      (10) 理学療法士      (11) その他（                      ）

表 4-3 保有資格

回答項目	回答数	(%)
介護福祉士	8	44.4
看護師	7	38.9
ホームヘルパー2級（介護職員初任者研修修了含む）	6	33.3
介護支援専門員	6	33.3
社会福祉士	3	16.7
准看護師	1	5.6
その他回答（社会福祉主事）	1	5.6
その他回答（緩和ケア認定看護師）	1	5.6
	18	

図 4-3 保有資格



## 4.4. 看取り担当時の立場

看取りを担当された時の立場は、看護師が最も多く 7 名 (38.9%)、次いで介護福祉士 6 名 (33.3%) であった。

質問文および図・表は下記の通りである。

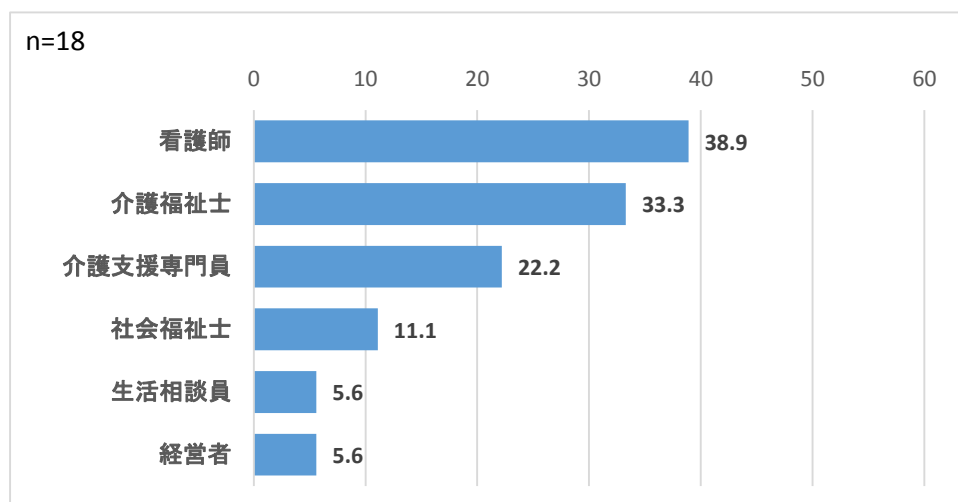
問 4. 看取りを担当された時についてお伺いします。あなたはどの立場で看取りを担当されてい  
ましたか。

- (1) 介護福祉士 (2) ホームヘルパー2 級 (介護職員初任者研修修了含む) (3) 社会福祉士  
(4) 精神保健福祉士 (5) 介護支援専門員 (6) 医師 (7) 看護師 (8) 准看護師  
(9) 作業療法士 (10) 理学療法士 (11) その他 ( )

表 4-4 看取り担当時の立場

回答項目	回答数	(%)
看護師	7	38.9
介護福祉士	6	33.3
介護支援専門員	4	22.2
社会福祉士	2	11.1
その他回答 (生活相談員)	1	5.6
その他回答 (経営者)	1	5.6
	18	

図 4-4 看取り担当時の立場



## 4.5. 介護の仕事歴

調査に回答した人の介護の仕事歴は、平均すると12年であった。最短1年、最長は22年4ヶ月であった。

質問文および図・表は下記の通りである。

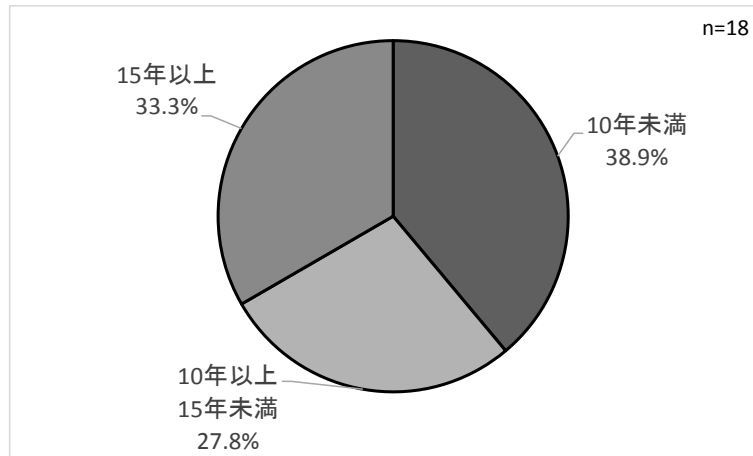
問5. 介護関係の仕事に携わってから全体で何年になりますか。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

(            )年 (            )ヶ月

表 4-5 介護の仕事歴

回答項目	回答数	(%)
10年未満	7	38.9
10年以上 15年未満	5	27.8
15年以上	6	33.3
総計	18	100.0

図 4-5 介護の仕事歴



## 4.6. 在宅で働いた経験

調査に回答した人が在宅で働いた経験年数は、平均すると6年であった。最短は1年、最長は22年4ヶ月であった。在宅の経験なしが4名おり、全体の2割を占めた。

質問文および図・表は下記の通りである。

問6. 在宅介護現場で働いた経験年数を教えてください。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

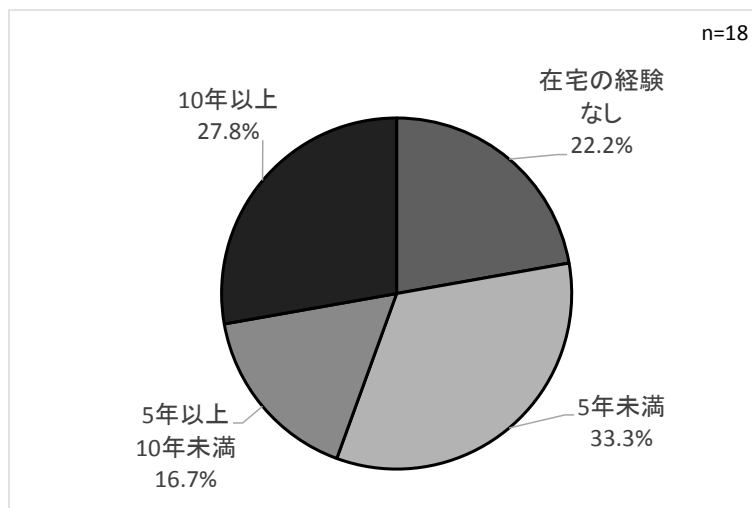
(1) ある (2) ない

( ) 年 ( ) ヶ月

表 4-6 在宅で働いた経験年数

回答項目	回答数	(%)
在宅の経験なし	4	22.2
5年未満	6	33.3
5年以上10年未満	3	16.7
10年以上	5	27.8
総計	18	100.0

図 4-6 在宅で働いた経験年数





## 4.7. 施設で働いた経験

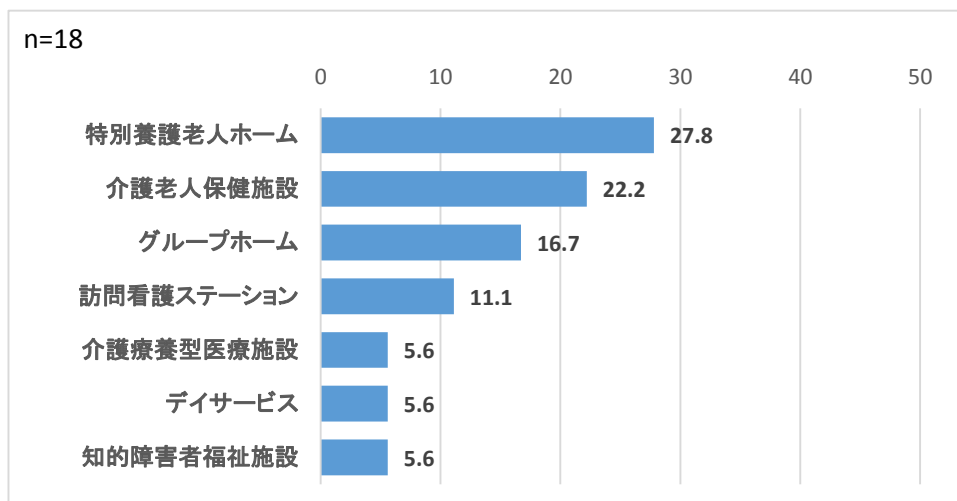
調査に回答した人に施設等で働いた経験年数を伺った。特別養護老人ホームで働いた経験がある人が5名（27.8%）、次いで、介護老人保健施設で働いた経験のある人が4名（22.2%）、グループホームが3名（16.7%）いた。特別養護老人ホームで働いた経験年数は平均すると8年9ヶ月であり、介護老人保健施設で働いた経験年数の平均は5年10ヶ月であった。

質問文および図・表は下記の通りである。

問7. 高齢者福祉施設等で働いた経験年数を教えてください。当てはまる施設に○をつけて数字を記入してください。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

- |                    |                            |
|--------------------|----------------------------|
| (1) 特別養護老人ホーム      | (        ) 年 (        ) ヶ月 |
| (2) 介護老人保健施設       | (        ) 年 (        ) ヶ月 |
| (3) 介護療養型医療施設      | (        ) 年 (        ) ヶ月 |
| (4) グループホーム        | (        ) 年 (        ) ヶ月 |
| (5) 有料老人ホーム        | (        ) 年 (        ) ヶ月 |
| (6) その他 (        ) | (        ) 年 (        ) ヶ月 |

図 4-7 高齢者福祉施設で働いた経験の有無



高齢者福祉施設で働いた経験年数

「特別養護老人ホーム」 4年3ヶ月 ～ 21年3ヶ月 (平均 8年9ヶ月)

「介護老人保健施設」 2年9ヶ月 ～ 10年 (平均 5年10ヶ月)

## 4.8. 現在勤務している法人の種別

調査に回答した人が現在勤務している法人の種別は、医療生協が最多の7名（38.9%）であった。質問文および図・表は下記の通りである。

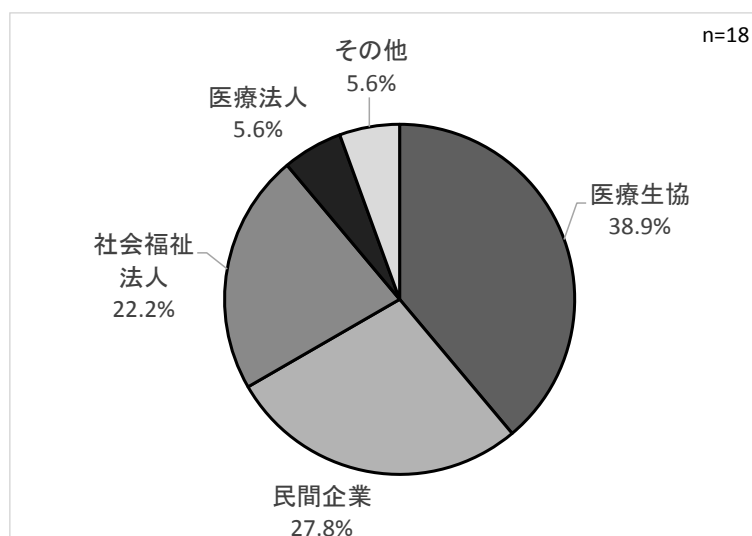
問8. あなたが現在勤務している法人の種別を教えてください。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 社会福祉法人 (2) 医療法人 (3) 民間企業 (4) NPO法人 (5) 地方自治体  
(6) その他 ( )

表 4-7 現在勤務している法人の種別

回答項目	回答数	(%)
その他回答（医療生協）	7	38.9
民間企業	5	27.8
社会福祉法人	4	22.2
医療法人	1	5.6
その他	1	5.6
総計	18	100.0

図 4-8 現在勤務している法人の種別



## 4.9. 現在勤めている法人での勤務年数

調査に回答した人が現在勤めている法人での勤務年数は、平均して 14 年であった。最短は 1 年 9 ヶ月、最長は 22 年 4 ヶ月であった。

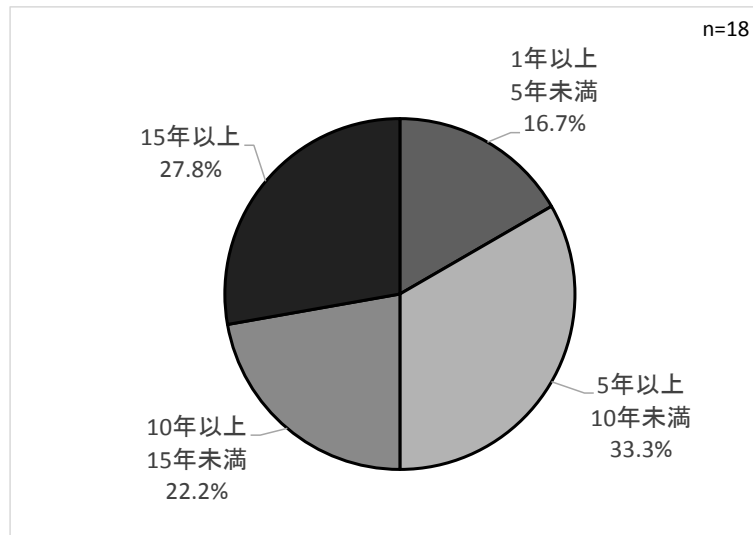
質問文および図・表は下記の通りである。

問 9. あなたが現在勤めている法人は勤務してどれくらいになりますか。  
 (            ) 年 (            ) ヶ月

表 4-8 現在勤めている法人での勤務年数

回答項目	回答数	(%)
1 年未満	0	0.0
1 年以上 5 年未満	3	16.7
5 年以上 10 年未満	6	33.3
10 年以上 15 年未満	4	22.2
15 年以上	5	27.8
総計	18	100.0

図 4-9 現在勤めている法人での勤務年数



## 4. 10. 雇用形態

調査に回答した人の雇用形態は、正規職員が 13 名（72.2%）であった。

質問文および図・表は下記の通りである。

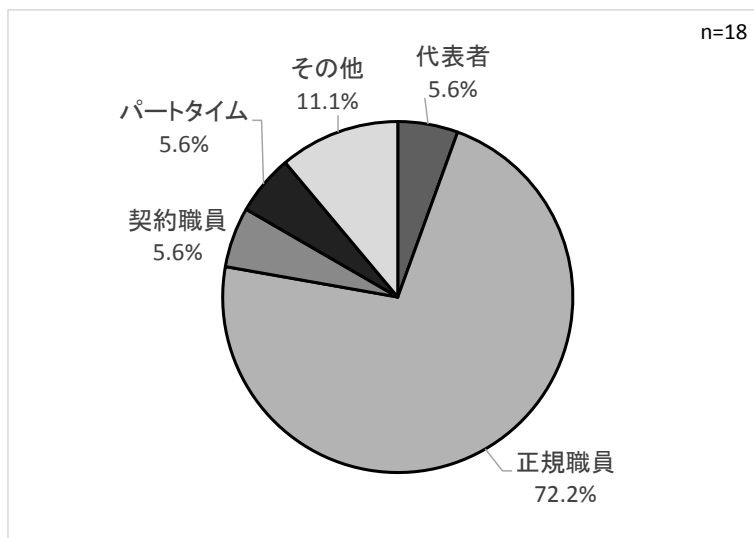
問 10. あなたの雇用形態についてお聞きします。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 代表者 (2) 正規職員 (3) 契約職員 (4) 臨時職員 (5) 派遣職員 (6) パートタイム  
(7) その他 ( )

表 4-9 雇用形態

回答項目	回答数	(%)
代表者	1	5.6
正規職員	13	72.2
契約職員	1	5.6
パートタイム	1	5.6
その他	2	11.1
総計	18	100.0

図 4-10 雇用形態



## 4.11. 職場での立場

調査に回答した人の職場での立場は、役職あり（フロアリーダー等）が12名（66.7%）、役職なしが2名（11.1%）であった。

質問文および図・表は下記の通りである。

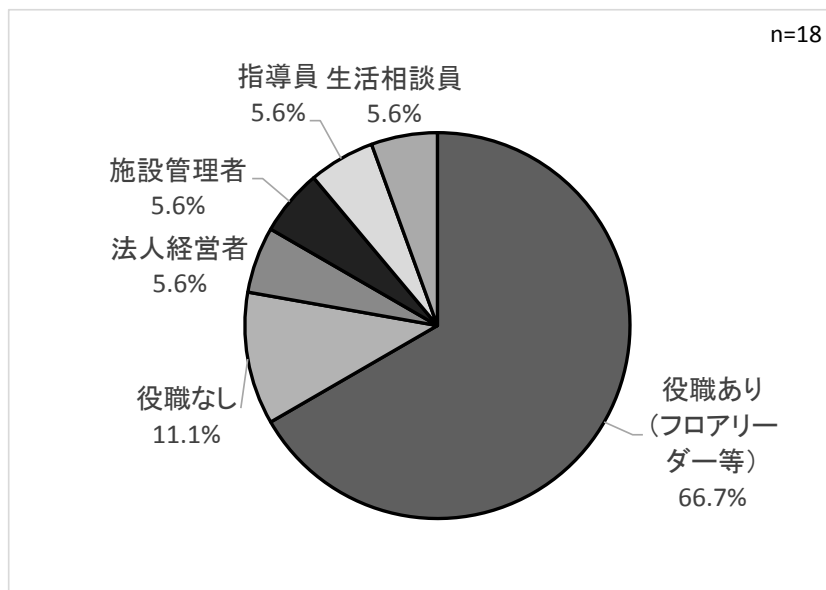
問 11. あなたの職場での立場についてお聞きします。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 法人経営者 (2) 施設管理者 (3) 役職なし (4) 役職あり（フロアリーダー等）  
(5) その他（ ）

表 4-10 職場での立場

回答項目	回答数	(%)
役職あり（フロアリーダー等）	12	66.7
役職なし	2	11.1
法人経営者	1	5.6
施設管理者	1	5.6
その他回答（指導員）	1	5.6
その他回答（生活相談員）	1	5.6
総計	18	100.0

図 4-11 職場での立場



## 4.12. 看取りの担当件数

調査に回答した人の仕事上の看取りの担当件数は、平均 17 件であった。最多は、病院で看護師や指導員として働いている人で 80 件であった。

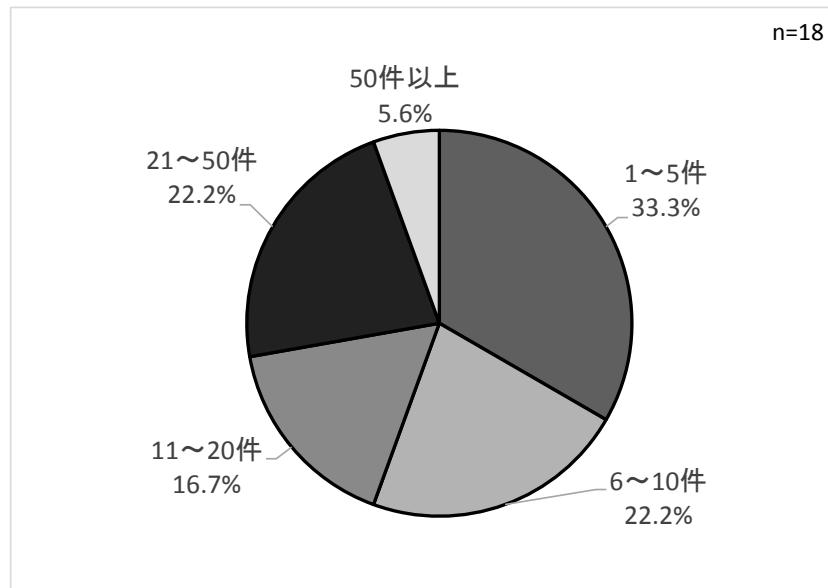
質問文および表は下記の通りである。

問 12. あなたがこれまでの勤務経験で看取りを担当したことがあるケース数についてお伺いします。これまで職場で看取りを担当したケースを記入してください。  
(       ) 件

表 4-11 これまでの看取りの担当件数

回答項目	回答数	(%)
1～5 件	6	33.3
6～10 件	4	22.2
11～20 件	3	16.7
21～50 件	4	22.2
50 件以上	1	5.6
総計	18	100.0

図 4-12 これまでの看取りの担当件数



#### 4.13. 看取りを担当しているか

次に、現在、勤めている法人での看取りの担当件数は、平均 2.5 件で、最多は 6 件であった。現在、看取りを希望している利用者の担当ケースがない人は半数であった。

質問文および表は下記の通りである。

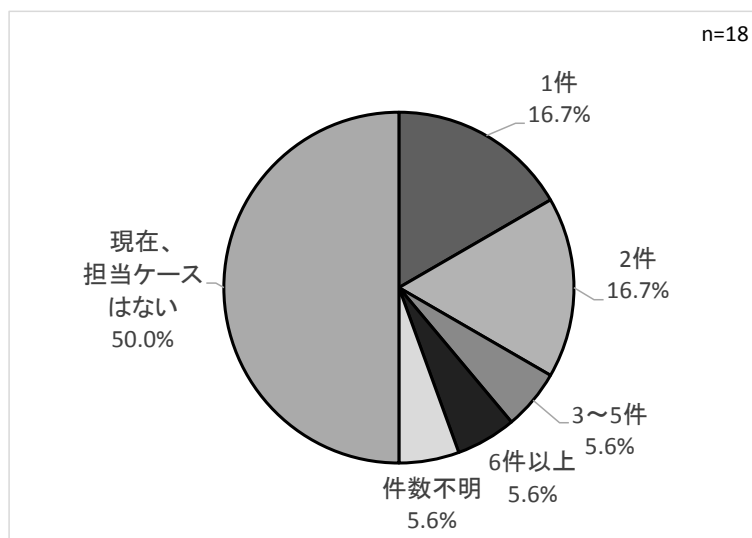
問 13. あなたは現在、勤めている法人で看取りを担当していますか？当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 現在、看取りを希望する利用者（      ）件を担当している。
- (2) 現在、看取りを希望している利用者の担当ケースはない。

表 4-12 現在、勤めている法人での看取りの担当件数

回答項目	回答数	(%)
1 件	3	16.7
2 件	3	16.7
3～5 件	1	5.6
6 件以上	1	5.6
件数不明	1	5.6
現在、担当ケースはない	9	50.0
総計	18	100.0

図 4-13 現在、勤めている法人での看取りの担当件数



#### 4. 14. 医療機関勤務時の患者の看取り経験

次に、医療職の方のうち、訪問看護事業所に務める前に医療機関（療養病床）で患者の看取りをした経験がある人は、6名であった。

質問文および表は下記の通りである。

問 14. 医療職の方のみにお聞きします。訪問看護事業所に勤める前に医療機関（療養病床）で患者の看取りをした経験がありますか？※急性期の場合を除く。

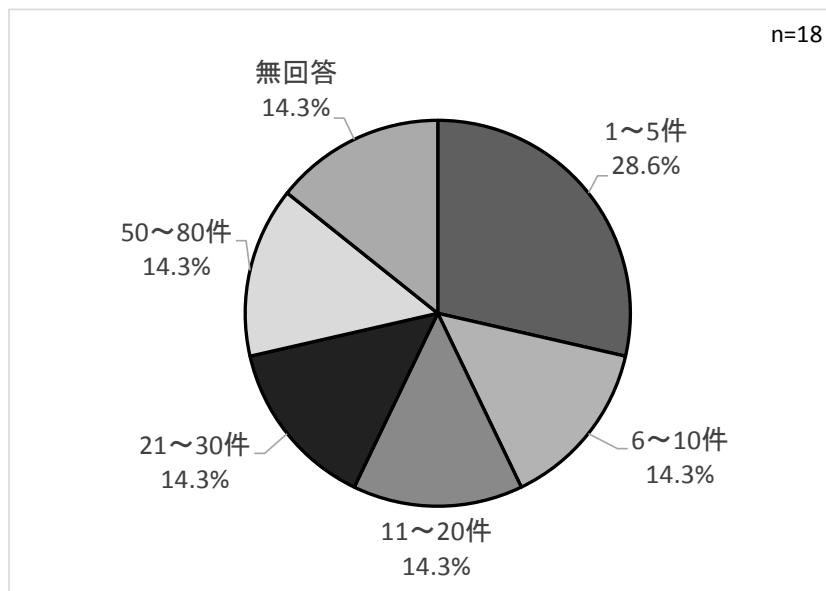
(1) はい (2) いいえ

- ① 1～5件 ② 6～10件 ③ 11～20件 ④ 21～30件 ⑤ 31～50件 ⑥ 50～80件  
⑦ 81～100件 ⑧ 100件以上

表 4-13 訪問看護事業所に勤める前に医療機関での看取りの経験件数

回答項目	回答数	(%)
1～5件	2	28.6
6～10件	1	14.3
11～20件	1	14.3
21～30件	1	14.3
50～80件	1	14.3
無回答	1	14.3
総計	7	100.0

図 4-14 訪問看護事業所に勤める前に医療機関での看取りの経験件数





## 5. 質的調査結果（職能団体全体）

最初に、分析対象とするテキストデータの客観的な記述統計量を算出した。分析の際には、分析のために特に必要とならない語を排除する。このような処理を行う前のテキストデータの状態を記述したものである。

本研究で行った質的調査（聞き取り調査）の目的は、量的調査（アンケート調査）で数値的に把握することが難しい、現場の専門職の生の声を理解することである。

まずは職能団体全体からみていく。次章では専門職で分析をしている。

### 5.1. テキスト分析：記述統計（職能団体全体）

聞き取りデータの回答者の発言のテキストを対象として、テキストマイニング分析を行った。その結果、記述統計量は、異なり語数 2,338 語、出現回数の平均は 7.40 回だった。

「異なり語数」というのは、分析対象のテキスト内に何種類の語が含まれていたかを示す数である。

表 5-1 記述統計

異なり語数 (n)	2,338
出現回数の平均	7.40
出現回数の標準偏差	34.14

また、下記のように出現回数の度数分布をみると、出現回数 7 回以下の語を切り捨てた場合、約 84% の語が分析対象外になる、といったことがわかる。

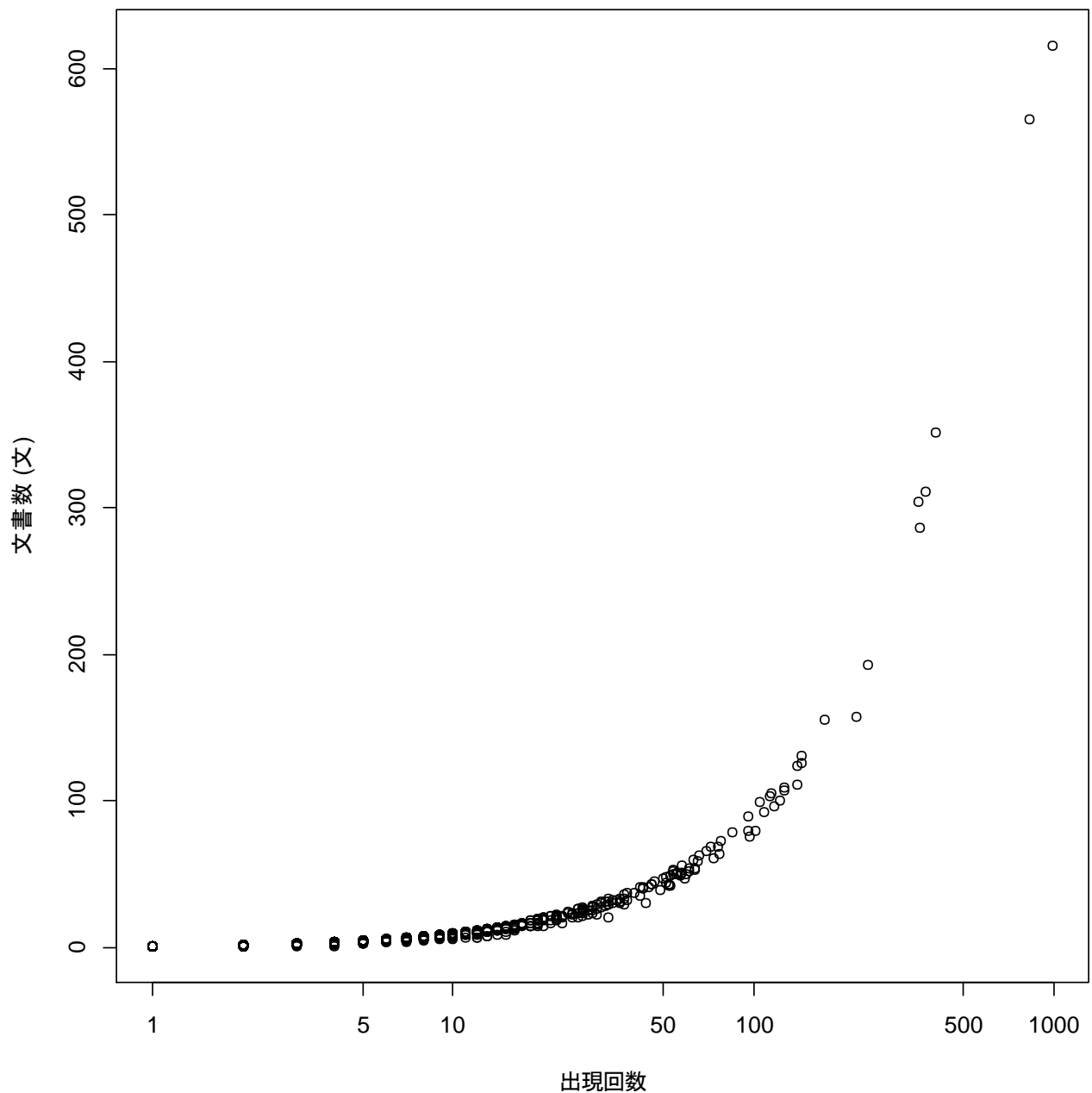
表 5-2 度数分布表

出現回数	度数	%	累積%
1	1,037	44.35%	44.35%
2	369	15.78%	60.14%
3	209	8.94%	69.08%
4	127	5.43%	74.51%
5	94	4.02%	78.53%
6	68	2.91%	81.44%
7	59	2.52%	83.96%
8	46	1.97%	85.93%

## 5.2. 出現回数と出現文書数の対数軸表（職能団体全体）

出現回数の分布と出現文書数の分布を対数軸でプロットしたのが下図である。出現回数が増えれば、出現する文書数も同じく増えており、特徴的な出現状況を示す語はないと考えられるプロットとなった。

図 5-1 出現回数と文書数の対数軸グラフ



### 5.3. 品詞ごとの出現頻度（職能団体全体）

品詞ごとの出現頻度の高い語を以下に説明する。対象データ中の平均出現頻度 7.40 をふまえ、出現頻度 8 以上もしくは 10 以上を基準として抽出した。

最初に名詞の出現頻度が高い語を下表に示す。最多は「家族」「病院」で 126 回出現した。のちほど記載するが、本研究で重要な語や複合語は「タグ」として抽出している。

表 5-3 名詞の出現頻度

名詞	出現回数	名詞	出現回数	名詞	出現回数
家族	126	技術	27	内容	16
病院	126	現場	27	団体	15
医療	96	事業	27	委員	14
専門	77	課題	24	基本	14
福祉	65	チーム	23	責任	14
自分	64	協会	23	保険	14
本人	61	職能	23	ドクター	13
医師	59	情報	22	患者	13
ケア	56	制度	22	期間	13
役割	56	場面	21	都道府県	13
ターミナル	54	仕組み	20	ケース	12
状態	52	段階	20	タイミング	12
部分	52	ヘルパー	19	苦痛	12
最後	43	環境	19	周り	11
地域	42	報酬	19	職員	11
社会	36	医者	18	アセスメント	10
先生	36	葛藤	18	会員	10
知識	34	機関	18	学会	10
ターミナルケア	33	気持ち	17	言葉	10
職種	33	具体	17	個人	10
状況	32	スタッフ	16	資格	10
事例	30	感じ	16		
体制	30	最初	16		

形容動詞で高い出現頻度となっているのは、「必要」で 63 回、「非常」34 回、「ダメ」17 回となっている。

表 5-4 形容動詞の出現頻度

形容動詞	出現回数	形容動詞	出現回数	形容動詞	出現回数
必要	63	可能	15	新た	10
非常	34	丁寧	14	大丈夫	9
ダメ	17	不安	14	確か	8
いろいろ	16	十分	13	個別	8
重要	16	大事	11		

動詞の中で高い出現頻度があるのは、「思う」406回、「言う」172回であった。その後、「看取る」123回、「入る」60回と続く。

表 5-5 動詞の出現頻度

動詞	出現回数	動詞	出現回数	動詞	出現回数
思う	406	関わる	27	働く	14
言う	172	学ぶ	22	変える	14
看取る	123	使う	22	言える	13
入る	60	看る	21	限る	13
違う	58	入れる	21	作る	13
亡くなる	57	変わる	21	振り返る	13
受ける	51	求める	20	戻る	13
行く	50	迎える	18	伺う	12
考える	46	増える	18	任せる	12
出る	46	起きる	17	比べる	12
見る	40	含める	16	決める	11
聞く	38	呼ぶ	16	始まる	11
死ぬ	37	書く	16	出す	11
来る	32	行う	15	置く	11
持つ	29	食べる	15	増やす	10

形容詞の中で高い出現頻度となったのは、「難しい」54回、「多い」43回、「悪い」17回であった。

表 5-6 形容詞の出現頻度

形容詞	出現回数	形容詞	出現回数	形容詞	出現回数
難しい	54	長い	14	痛い	9
多い	43	強い	12	危ない	8
悪い	17	高い	12	早い	8
少ない	16	大きい	10		

副詞の中で高い出現頻度となったのは「本当に」51回、「実際」30回であった。

表 5-7 副詞の出現頻度

副詞	出現回数	副詞	出現回数	副詞	出現回数
本当に	51	全然	26	一応	10
実際	30	結構	23	少し	10
当然	27	特に	19	要は	8

サ変名詞の中で高い出現頻度となったのは、「介護」240回、「看護」219回、「施設」140回、「訪問」101回であった。

表 5-8 サ変名詞の出現頻度

サ変名詞	出現回数	サ変名詞	出現回数	サ変名詞	出現回数
介護	240	療養	28	お願い	13
看護	219	相談	26	理解	13
施設	140	連携	26	呼吸	12
訪問	101	関係	25	配置	12
在宅	97	診断	25	負担	12
話	85	提供	25	包括	12
利用	64	判断	22	意見	11
研修	61	評価	22	意味	11
支援	58	教育	20	一緒	11
調整	53	連絡	20	改善	11
退院	44	対応	17	確認	11
サービス	38	希望	15	緩和	11
入院	37	経験	15	共有	11
死亡	33	指導	15	診察	11
生活	33	食事	15	夜勤	11
説明	31	整備	14	更新	10
加算	29	担当	14		
診療	29	変化	14		

品詞の別なく、出現頻度の高い語をみると、「思う」が416回、「介護」246回、「看護」227回、「言う」174回であった。

表 5-9 出現頻度の高い語 (上位 51 語)

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
思う	406	福祉	65	調整	53
介護	240	自分	64	状態	52
看護	219	利用	64	部分	52
言う	172	必要	63	受ける	51
人	144	研修	61	本当に	51
施設	140	本人	61	行く	50
家族	126	入る	60	時間	49
病院	126	医師	59	考える	46
看取る	123	違う	58	出る	46
ケアマネジャー	117	支援	58	家	45
訪問	101	場合	57	退院	44
在宅	97	亡くなる	57	最後	43
医療	96	ケア	56	多い	43
話	85	役割	56	地域	42
専門	77	ターミナル	54	見る	40
今	72	特養	54	サービス	38
風	66	難しい	54	聞く	38

### 5.3.1. タグ

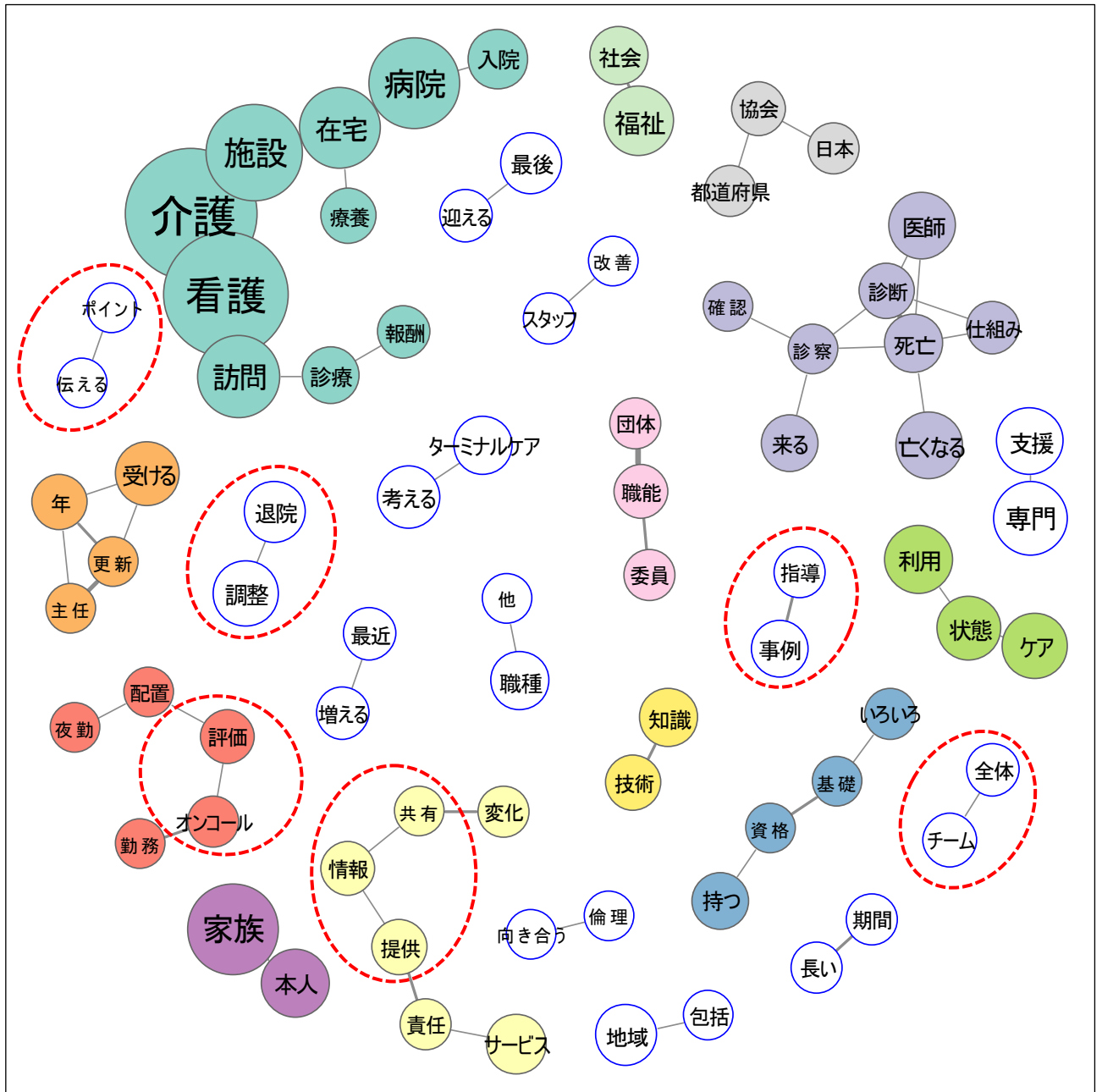
本研究で重要であるにもかかわらず、テキスト抽出上、別の語として認識されてしまう。そこで「タグ」として、強制的に抽出する必要がある。本分析では、以下のタグを設定し、強制的に抽出した。その頻度を以下に記す。

表 5-10 タグ

タグ	出現回数	タグ	出現回数
ケアマネジャー	117	タイムラグ	2
特養	54	バイジー	2
オンコール	13	リビングウイル	2
チームケア	12	ワーカー	2
ケアプラン	10	終の棲家	2
レスパイト	10	清拭	2
メディカルソーシャルワーカー	8	鬱	2
訪看	8	褥瘡	2
地域包括ケア	6	Ask-Answer	1
ケアマネージメント	4	QOL	1
デスカンファレンス	4	アドバンス・ケア・プランニング	1
胃瘻	4	オンリー	1
ソーシャルワーカー	3	キーパーソン	1
協働	3	コメディカル	1
厚労省	3	スーパーバイズ	1
ICT	2	ソフトランディング	1
PDCA	2	バリア	1
QOD	2	リカレント教育	1
グリーンケア	2	加齢	1
ソーシャルワーク	2	傾眠	1

高い出現頻度の共起ネットワーク関係を分析したのが下図である。出現回数が多い語は円が大きく表現されている。共起関係が強い語同士は、より太い線で結ばれている。「情報」「共有」「提供」、「チーム」「全体」、「退院」「調整」、「指導」「事例」「伝える」「ポイント」、「オンコール」「評価」などといった“多職種の連携”あるいは“体制”や“評価制度”に関する語が把握できる。

図 5-2 共起ネットワーク (サブグラフ検出 媒介)



「そうですね」などの感動詞を除外して、抽出した。

## 5.4. コロケーション分析（職能団体全体）

以上の高出現頻度の抽出、コーディングをふまえ、テキストデータの分析を行うが、本研究の質的調査の分析の着目点として、次の点を重点に聞き取りをしているので、それぞれの課題、具体的な体制、対応策について洗い出しをした。さまざまな施策を進めるにあたっては、職能団体としての役割を明らかにし、制度の改善や政策への働きかけが重要な活動となってくるであろう。

1. ターミナルケアに関する**職能団体の役割**とは何か。
2. 専門職としてターミナルケアを担当する場合、職務としてどのようなことについて対応しなければならないか。**チームケア体制のなかで**自らが果たすべき役割とは何か。
3. 介護現場においてチームケア体制が一般的となっていることを踏まえて、**他の専門職にやってほしいこと**は何か。
4. ターミナルケアを担う上で、職務を果たすうえで一番難しいと感じる点とは何か。例えば、**現在の養成カリキュラムや現場での看取り体制、方法についての課題**は何か。
5. ターミナルケアを担当した際に生じた**ストレス**について、個人、チーム、事業所、職能団体のそれぞれの段階で、どのような**対応策**が必要であると考えているか。特に、事業所だけでは対応できない時、団体としてどのような支援をしたいか。
6. **介護保険制度**ではターミナルケアに関して、ターミナルケア加算や看取り加算の各制度についてどのように運用され、かつ**改善してほしい点**があるか。



### 5.4.1. ターミナルケアに関する職能団体の役割とは何か。

日本ホームヘルパー協会	人生の最終段階を居宅で迎える利用者が増加するものと予測され、老々世帯が増加するなかで、居宅におけるターミナルケアへの対応として、訪問介護が果たすべき役割についても、研修テーマとして取り上げ、社会的な要請に応じていく努力が必要。
日本介護支援専門員協会	<p>まず一番の役割は研修・教育である。</p> <p>就労後 6 か月から、おおむね 1 年ぐらいの間、新人が受ける研修が専門課程 1。テキストの事例を使って、レクチャーないしグループワークで学びを深める。</p> <p>専門 2 というのがおおむね 3 年以上の者。研修受講者が自分の経験の中、現場の中から事例を持ち寄る。その持ち寄った事例についてグループワークで検討していく。</p> <p>実務に就いてから 5 年経過した希望者は、専門 2 ではなくて主任更新という研修を受ける。実際にどういう指導をしたのか、指導したことで介護支援専門員がどう成長したのか、これを指導前、指導後の 2 事例提出する。</p>
日本介護福祉士会	<p>ターミナルというものが非常に特殊なものという捉え方をするのではなく、常日頃の介護として捉えている。看取りということに関しての固定観念の払拭も必要か。</p> <p>施設により体制、やり方が違うので、研修テキストの中で、介護職の意識を喚起していく。危ない危ないと言っていたら、何もできないことになってしまう。</p>
日本看護協会	<p>より質の高いケアを提供できるような、教育や研修の充実。看護職が安心して働き続けられる労働環境の整備、労働条件の改善。政策提言、いろいろな制度や報酬に働きかける活動。</p> <p>看護師職能委員会 2 という介護や福祉施設、在宅領域の看護職能を支援する委員会があるが、介護施設、訪問看護や在宅の部門の看護職の研修プログラムの整備。単に治療や処置を提供するだけでなく、利用者が自分の住み慣れた環境で、自分らしく、なるべく体に苦痛がない状態で快適に過ごしていけるようなケアを提供していく。</p>
日本社会福祉士会	<p>本人が抱えている問題の解決、家族との調整、まわりの社会資源の調整、たとえば地域住民との調整など。関係機関の調整、専門職の連携を促進。看取りに関して十分な理解が得られていない地域もあるため、民生委員の力を借りたり、ケアマネジャーが十分にできないことをサポートの形で、地域包括支援センターで役割を担う。</p>

## 5. 4. 2. 専門職としてターミナルケアを担当する場合、職務としてどのようなことについて対応しなければならないか。チームケア体制のなかで自らが果たすべき役割とは何か。

日本ホームヘルパー協会	<p>利用者が死に至るまで予想される変化について、医師、看護師から情報提供を受けて、それを理解したうえで医療職や利用者・家族と適切にコミュニケーションを図る能力が求められる。</p> <p>居宅の場合は非医療的ケアを家族と訪問介護員が分担して行うことになるので、利用者の状態の変化に合わせたコミュニケーションの下に、ケアに加え、室温、照明、音楽、花などのしつらえの配慮と、利用者・家族への精神的なサポートが必要。医療職ではないからこそ家族の幸せを分かち合えることもあり得るので、家族のグリーフケアも視野においた支援に努めることも大切である。</p> <p>利用者の想定外の痛み、苦しみなどに遭遇した場合に、先ず誰に報告してどのように対応するか、臨機応変の判断力も必要。</p>
日本介護支援専門員協会	<p>介護支援専門員はいろいろな基礎資格を持った者がなっている。標準的な知識、技術と共通の視点でのケアマネジメントが必要。</p> <p>医療連携への苦手意識の払拭。任せ切りにしてはいけない。</p> <p>施設側は、家族との関係性が切れないような心がけ。</p> <p>ターミナル期に新たに機関、人を集めるのではなく、その前からつながっているイメージ。</p>
日本介護福祉士会	<p>生活支援で利用者と接している時間が長いので、日々観察して、どういう介護をすれば一番いいのかを多職種と協力して考え続けること。</p> <p>例えば、食事介助をしていたら詰まることもあるので、常日頃から、こうなる可能性があり、その時はこうするという計画を立てておく。</p>
日本看護協会	<p>症状など普段と様子が変わっていく観察ポイントを、日々利用者と接している介護職が見逃さないように伝えておく。家族にも、ケアによってどういう効果が得られるのか、どういうリスクがあるのか、これから辿っていく経過を、わかりやすく平易な言葉で説明する。</p> <p>状態の変化にすぐに対応する、あるいは悪化しないように予防的な対処をする。体位変換やエアマットなど介護施設や在宅でできる処置により、苦痛を少なくしたり、予防することも大事である。</p>
日本社会福祉士会	<p>チームとして、誰がどのようなタイミングで、どのように情報を整理していったらよいか全体のコーディネートをしていく。家族の揺れにも寄り添いながら、多職種で合意形成できる場を設け、調整する。</p> <p>ケアマネジャーが疎外感を感じていたり、また家族の気持ちがチームに反映されていなかったり、などあるので、チーム全体を捉えていく役割を担う。</p>

### 5. 4. 3. 介護現場においてチームケア体制が一般的となっていることを踏まえて、他の専門職にやってほしいことは何か。

日本ホームヘルパー協会	サービス提供責任者や訪問介護員にとって、利用者の在宅死に直面することはあまり多くはないので、医療職は日ごろ聞きなれない医療専門用語ではなく、利用者・家族や介護職が理解できるような平易な言葉で説明するように心がけていただきたい。
日本介護支援専門員協会	退院支援、退院連携の話で、相談職同士、ケアマネジャーとメディカルソーシャルワーカーがかなり綿密な連携をとっていかないといけない。退院直前に呼ばれたのでは遅いので、可能性がある場合は入院の段階から連携が必要である。病院によって対応が全然違うので、医療側のルールを整備する必要がある。最近では退院調整ナースの配置や、病院内に地域包括ケア病棟を持っている状況もあり、関わりが重要になっている。病院から連絡が来れば、苦手意識を持っていても行きやすいという利点もある。
日本介護福祉士会	<p>腕が十分に伸びないなど動きにくくなってくるが、清潔に保たなければならず、介護職が下手なことをしてかえって痛めてしまわないよう、そういう時に看護師や理学療法士がマッサージなり一緒にやったり、指導してもらえるとよい。</p> <p>在宅の場合、もう少しケアマネジャーに動いてほしいと思うことがある。サービス担当者会議が年に一回ぐらいしかないが、短時間でもよいので、何回か集まったり、電話でもファックスでもやり取りをした方がよい。医療職に対しては、ターミナル期に限らず普段から、その人の生き方や、やりたいことを大事にした方がいいのではないか、という考え方の違いでぶつかることがある。</p> <p>介護福祉士の資格を持っているケアマネジャーが圧倒的に多いが、医療の知識がきちんとあって、わかっていないといけない。</p>
日本看護協会	<p>在宅の場合、訪問診療医の他にもいろいろな科の医師にかかっていると、多剤投与のケースがあるが、いろいろ生じている不調が実は何らかの薬の影響ということがある。看護職、介護職の方が状態をよく見ることによって改善につながるケースがある。</p> <p>看護師は限られた時間で入るので、生活支援の部分まではできない。そういう部分ではホームヘルパーさんに対する期待や役割、または生活支援という部分での視点、知識、技術、そういう調整をケアマネジャーに担っていただきたい。</p>
日本社会福祉士会	医療中心でまわると、これもやって、あれもやって、という指示の形、介護職が下請け的になってしまうことがある。情報共有がうまくいかないと、介護職が責められたり、責任を負わされることがある。

#### 5. 4. 4. ターミナルケアを担う上で、職務を果たすうえで一番難しいと感じる点とは何か。例えば、現在の養成カリキュラムや現場での看取り体制、方法についての課題は何か。

日本ホームヘルパー協会	<p>医師から余命告知を受けた利用者と、家族の想いと覚悟が分からないまま、コミュニケーションを始めざるを得ない状況に戸惑う。</p> <p>末期がんであればおよその予測が可能であるが、他の疾患の場合はターミナル期が到来したのかどうかの判定が難しい。利用者、家族が受容できていない場合は、介護職の不安も大きくなる。</p> <p>呼吸が苦しそうに見える下顎呼吸など、利用者の苦しそうな状態に接したときに、死に至る過程のやむを得ない症状なのか、その症状に医療処置をすべきか判断ができなく、どうしたらよいのか不安に襲われる。</p> <p>専門職に対する教育と並行して住民啓発とが相まって、QOD が確保されることを多くの高齢者に理解していただく必要がある。</p>
日本介護支援専門員協会	<p>総論的なチームケアと看取りに特化したチームケアについて、科目の中できちんとおさえている。</p> <p>新しい研修体系が2年前になってできたもので、だんだん課題が見えてきたが、3年ぐらいみないと本当の効果検証は難しいのではないかと。</p> <p>医療系で働いてきた介護支援専門員には、当たり前なことでも退屈な研修を受けなければならないこともある。</p> <p>訪問診療を専門的にするドクターがその地域にいるとよいが、誘導策を整備しないと、そういう医師は増えないだろう。</p> <p>特別養護老人ホームは常勤の医師がいないため、死亡診断書の制度がネックとなって看取りができないところもある。</p>
日本介護福祉士会	<p>介護福祉士は、養成校を出てなる人と、3年間の実務経験があつて国家試験を受けて介護福祉士になる人という。養成校は2年という短期間で知識としてはやや不完全である。現場から学んだ人は、論文や事例研究などの経験がない。日本介護学会や、論文のデータベース化、研修テキストの作成などを整備しはじめたところである。</p>
日本看護協会	<p>死亡診断書の制度により、臨終に近いような状態になったら病院に入院という体制をとっている特別養護老人ホームもある。そこをフレキシブルに、例えば、看取りの研修を受けている看護師が医師に適切に情報提供することによって、医師が死亡診察に来なくても死亡診断書が書けるような仕組みにするとか、ICT の技術で遠隔で死亡診断ができるなど。在宅診療するドクターのワークライフバランス的にも柔軟な体制整備が必要。</p> <p>治療優先の病院と、利用者の生活支援優先という施設・在宅領域では、</p>

	<p>ターミナルケア、看取りのアプローチの仕方が違うので、戸惑いがある。</p> <p>退院のタイミングや、受け渡す情報、退院調整について、検討、改善する余地がある。</p> <p>一時的なレスパイト入院、ちょっと悪化した時のショートステイ的な入院ができるような仕組みが進むとよい。診療報酬で評価される病院は種別が限られているので、もう少し病院が在宅療養をバックアップすることを評価する仕組みづくり。</p>
日本社会福祉士会	<p>職場の中でも同じ職種に相談できるのが、他の職種に比べて弱い部分もあるので、そういう研修体系や、助言指導。</p> <p>研修で一般的にこうだと言っても、実際現場でやろうとすると、なかなか教科書に書いていることとは違うことは多い。</p> <p>事例検討やデスカンファレンスをして、振り返りはやっているが、いろいろな機関が入ると、なかなか本音の部分まで言えないときもある。同じ職種で振り返ることも必要である。</p>

5. 4. 5. ターミナルケアを担当した際に生じたストレスについて、個人、チーム、事業所、職能団体のそれぞれの段階で、どのような対応策が必要であると考えているか。特に、事業所だけでは対応できない時、団体としてどのような支援をしたいか。

日本ホームヘルパー協会	<p>ストレスをできるだけ少なくするためにも、あらかじめ一定の知識を身につけておき、医療職との円滑な協働ができるように自己研鑽しておくことが求められる。機関誌や研修会の機会を活用して、ターミナルケア事例について情報提供・意見交換をすることにより、予備知識を備えておくことと、会員相互のネットワークを活用して相談することや、その利用者にかかるデスカンファレンスに積極的に参加して、振り返りをして成長の糧としてもらう。</p>
日本介護支援専門員協会	<p>これから多死時代を迎えるにあたって、昔とこれからの死というのがかなり状況が変わってくるであろう。われわれ1人1人の本当に元気な内に考えていかないと最後、専門職に任せればよいという話ではない。われわれ国民1人1人の死というより、どう生きるかである。死がゴールではなくて死という局面に達するまでにどう生きるかという国民教育が足りないのではないか。</p>
日本介護福祉士会	<p>ターミナル期には、どのように気をつけたらいいのか、事業所できちんと教えていかないといけない。</p> <p>常日頃から利用者がどういう人なのか理解する。医療的な話だけでなく、どんなことをやってきた方なのか、全体像をわかっていることが大事である。</p>
日本看護協会	<p>専門職である以上は、人がなくなっていくプロセス、看護職がやるべきケア、知識技術というのを研修教育で身につけていくよう、看護協会が支援する。</p> <p>デスカンファレンスによって、多職種で看取りの体制、自分たちが行ったケアに対して自分たちがどうだったかという振り返りをするのが、グリーンケアになっている。次にどのようにやり方を改善すれば、もっといい看取りができるようになるかという前を向く作用にもなっている。</p>
日本社会福祉士会	<p>むしろ職場の役割が非常に大きい。振り返りをするなど。バーンアウトしない環境を作っていく。</p>

#### 5. 4. 6. 介護保険制度ではターミナルケアに関して、ターミナルケア加算や看取り加算の各制度についてどのように運用され、かつ改善してほしい点があるか。

日本ホームヘルパー協会	<p>訪問介護にはターミナル加算はついていないので、ターミナルケアチームとして訪問介護を提供した場合は、加算が算定できるようにしていただきたい。</p> <p>訪問看護のターミナルケア加算は、利用者が死亡した場合に、その日から遡って14日以内に給付対象となる訪問看護を1日以上実施した場合に算定できるという仕組みである。本来は、医師の診断に基づきターミナルという状態が到来したことを告知し、その状態に応じたQOL(QOD:死に方の質)を意識した心身のケアが開始されたら、加算が算定できるようにしていただきたい。</p>
日本介護支援専門員協会	<p>たとえば2、3ヶ月施設へ行って家族がリフレッシュして、そしてまた家で見るという遣い方もありだが、家のケアマネジャー、施設のケアマネジャーが何ヶ月スパンで交代するということになる。</p> <p>自分が担当でない時間はボランティアで、施設に利用者の様子を見に行くということをせざるを得ない。</p> <p>改善をする根底な仕組みは診療報酬と介護報酬とを同時にリンクさせること。Ask-Answerの形で医者が呼べば点数をとれて、呼ばれば、こちらも点数がとれるというような仕組みを双方でいま整備しているところである。来年4月に介護報酬、診療報酬同時に改定され、より加速されるのではないか。</p> <p>訪問看護はターミナルケア加算、特養は看取り加算があるが、ケアマネジャーがターミナルのケアプランを作っても何にも点数は変わらない。ターミナル期では、必要なサービスを判断し、どの時期から切り替えなければならないか見立てし、実際にケアプランの中に導入していくのはかなり手間がかかることであるので、加算がついてほしい。</p>
日本介護福祉士会	<p>ターミナル加算があるおかげで、死ぬ一ヶ月前までのイメージが定着してしまっている。ターミナルを異質なものとして、区切りすぎるというものではないか。加算は、確かに施設経営にとってはプラスの面もあるが。</p>
日本看護協会	<p>ここ数年、仕組みは整備されてきた。加算等の評価の要件にまでは至らないケースがあるため、運用の仕方、国としての在宅看取りの考え方の問題である。在宅看取りを適用すべきケース、在宅での看取りに向けた病院の退院調整の流れを再設計するなど、ターミナルケアの報酬だけでなく、その在宅看取りに関わる病院の動きや介護施設、訪問看護の動きを考えていく必要がある。</p>

	特別養護老人ホームにおける夜間の看護職の配置は、評価の観点に入っていない。介護職の配置は、加算で評価がある。看護師の夜勤配置的なものについて報酬で評価すれば、夜勤に介護職と看護職がいるという施設も出てくるかもしれない。
日本社会福祉士会	最近在宅の診療所にも社会福祉士が配置されるようになっているが、評価されていない。医療だけでなく、介護職の評価をもう少し手厚くすれば、施策としては進むのではないか。 地域によって、医療資源、介護資源が十分整っているかどうか、かなり開きがある。政策誘導する意味でも加算が必要。

以上の視点をもとにテキストデータを分析していく。分析方法は、それぞれの点で指摘した分析の内容に関係が深いと思われる語を高出現頻度語中から選び、その語についてコロケーション (collocation) の高い語を抽出するというコロケーション分析である。

分析対象とする語を「ノードワード (node word)」といい、その語 (w) の前後、何語目に出現したかを表すスコアを下の式で算出する。ここでは前後 5 語までを分析対象とする。L(i) はノードワードの左 i 語目に出現した回数を表している。同じく R(i) はノードワードの右 i 語目に出現した回数を表している。

$$f(w) = \sum_{i=1}^5 \frac{(L(i) + R(i))}{i}$$

このスコア式では i で (L(i)+R(i)) を除しているため、ノードワードに近ければ近い位置に多く出現するほどスコアが高くなる傾向がある。よってスコアが高い語はノードワードと強い関係を持っていることが推測できる。

「ノードワード」は、以下の語を選択した。

- 「情報」「共有」「指導」
- 「研修」「教育」「説明」
- 「連携」「つながる」「チーム」「職種」
- 「退院」「調整」「事例」
- 「評価」「オンコール」「配置」「制度」

次ページから、ノードワードごとに、文字起こししたデータを一部抜粋しながら考察していく。



## 5.4.7. 「情報」「共有」「指導」

表 5-11 「情報」「共有」「指導」のコロケーション語（スコア順）

	「情報」	スコア		「共有」	スコア		「指導」	スコア
1	提供	5.2	1	情報	3.5	1	事例	3.3
2	共有	3.5	2	チーム	0.6	2	前	3.0
3	当然	1.2	3	一緒	0.5	3	指導	1.3
4	強い	1.0	4	仕方	0.5	4	自分	1.0
5	適切	1.0	5	人	0.5	5	助言	1.0
6	渡す	1.0	6	全体	0.5			
7	発信	1.0						

そこには医療連携ですね、病診連携をしっかりとっていただく、病院から訪問診療の診療所にしっかり情報提供をしてもらい、そういうつながりが必要になってきます。

高齢になってこられると、それだけでも食事の時とか排泄の時に難しいことがあったり、起きてるのが、姿勢を保持するのがしんどいみたいな、そういういろんな加齢に伴っての変化も出てくると思うんですけど、食事とか排泄なんかは、介護職の方と具体的に、今どういう状態で、これからどうなって、どういう風にケアを工夫したり変えたりするとこの人は安楽な状態で過ごせるんだろうっていうのは、介護職と看護職で交わって情報共有して考えていくことなのかなと思いますね。

ターミナルケアは、利用者の尊厳の保持をしつつ臨終へのソフトランディングを支援する過程なので、医師・看護師が予測する状態の変化を情報共有し、サービス提供責任者と訪問介護員がそれ理解したうえで、チームケアに臨む必要があります。

本人の揺れとか、家族の揺れとかに寄り添いながら、それをチームでまとめていく、一緒に共有していく、サポートしていく。その中で中核的に役割を担っていくのが私たちの役割かなという風には思ってます。

たとえば施設においてもどういう風に連絡していいのかとか、どういう変化があったらお医者さんの方につないだらいいのかとか、そのコミュニケーションがうまくとれないと、結局なんかあって、たとえば変化に気付くのが遅れると責められたりとか、報告が遅いとか、そういうことを責任として負わされてしまうっていう部分がどうしてもあって、そのあたりは1つ、どうチームとして情報を共有していくかっていうのはタイムリーに、すごい刻々と変化する中でどうこういういろんな職種が、施設の中でもそうだと思いますし在宅においてもそうだと思うんですけど、それをどうやって共有していくかっていうのがひとつ課題かなと思います。

## 5.4.8. 「研修」「教育」「説明」

表 5-12 「研修」「教育」「説明」のコロケーション語（スコア順）

	「研修」	スコア		「教育」	スコア		「説明」	スコア
1	体系	6.5	1	研修	5.0	1	言葉	1.5
2	教育	5.0	2	基礎	2.0	2	家族	1.4
3	受ける	4.9	3	機会	1.5	3	先ほど	1.0
4	機会	3.0	4	看護	1.0	4	丁寧	1.0
5	プログラム	2.5	5	期間	1.0			
6	新しい	2.3	6	国民	1.0			
7	実務	2.0	7	全然	1.0			
8	看護	1.6	8	本当に	1.0			
9	受講	1.5						
10	研修	1.3						
11	直接	1.3						
12	看取る	1.3						

より質の高いケアを提供できるということで、質の向上を図るという意味ではやっぱり看護職に対する教育や研修の充実が1つ職能団体の役割かなと考えております。

機関誌や研修会の機会を活用して、ターミナルケア事例について情報提供・意見交換をすることにより、予備知識を備えておくことができるようにすることが基本と考えてます。

研修体系は厚生労働省が決めたものですから、我々が勝手に変えられないということになってます。

17年前に介護保険始まってからずっと研修はやってきたんですけど、やはりだんだん課題が見えてきたんです、国の方で。ここで新たな研修体系を見直そうということで実際正式に決まったのは去年の11月なんですけども、国の方が研修のガイドラインというのを示してきたんですね。それが確定版が去年の11月になりまして、ただその前に案というのが出てましたんで、とりあえずその案に従って新しい研修体系で研修が始まってるんです

医療職は日ごろ聞きなれない医療専門用語ではなく、利用者・家族や介護職が理解できるような平易な言葉で説明するように心がけていただきたい。

やっているケアの内容としてはいいので、そこはちゃんと言葉で説明していく力も必要かなと。

### 5.4.9. 「連携」「つながる」「チーム」「職種」

表 5-13 「連携」「つながる」「チーム」「職種」のコロケーション語（スコア順）

	「連携」	スコア
1	医療	6.0
2	調整	4.0
3	退院	1.3
4	診る	1.2
5	必ず	1.0
6	綿密	1.0

	「つながる」	スコア
1	ケース	1.0
2	お願い	0.5
3	ワーカー	0.5
4	横	0.5
5	改善	0.5
6	今	0.5
7	前	0.5
8	変化	0.5

	「チーム」	スコア
1	全体	1.8
2	形成	1.3
3	ターミナルケア	1.0
4	フィードバック	1.0
5	関わる	0.8

	「職種」	スコア
1	他	3.2
2	関わる	1.6
3	場面	1.2
4	振り返る	1.1
5	いろいろ	1.0
6	求める	1.0
7	協働	1.0
8	個別	1.0
9	実践	1.0
10	比べる	1.0
11	本当に	1.0

新たに人を集めるんじゃなくて、その前からつながってるんです、実は。だけどその厚みが違ってるといふのかな、ターミナルは。今はたとえば3人とつながってればよかったのが、ターミナルは5人とか6人増やさなきゃいけないみたいな、そういう違いですね。そこで新たな医療機関をつなげるんじゃなくて、その医療機関とはもともとつながってるけども、最後はちょっと手厚いケアをその人たちにしてもらわなきゃいけないですよっていう、そういうイメージでいいと思います。

緊急時の連絡体制とか、日々の連絡の方法とか、情報共有の仕方とか、そういうのが突き詰めていて、あとは専門職の役割、あと家族の役割そういったのをチーム全体で共有して、看取りっていう方に向かっていくことがあるかなと思ってます。

連携を密にとっておかないとそれはできないことになりますね。実際には我々もボランティアじゃないからお金をもらって仕事をしてるんですが、自分の担当が施設に入ってバトンタッチすると、その間に自分の所にはお金が入ってこないんです。でももしかしたら退所してくるかもしれないという時に備えて施設に行くんですね、ケアマネジャーは。行ったその費用は全然どこにも出てこないんですけども、そういうことを可能にしないと、さっき言ったときどき在宅ときどき施設みたいなことは不可能です。

## 5.4.10. 「退院」「調整」「事例」

表 5-14 「退院」「調整」「事例」のコロケーション語（スコア順）

	「退院」	スコア		「調整」	スコア		「事例」	スコア
1	調整	9.5	1	退院	9.5	1	指導	3.3
2	支援	3.8	2	連携	4.0	2	持ち寄る	2.5
3	病院	2.7	3	連絡	3.9	3	検討	2.2
4	明日	2.0	4	ナース	3.0	4	提出	2.2
5	前	1.8	5	機関	1.9	5	個別	1.5
6	ナース	1.5	6	看護	1.7	6	使う	1.5
7	退院	1.5	7	サービス	1.4	7	グループ	1.2
8	決まる	1.3	8	ケアマネジャー	1.3	8	ターミナルケア	1.0
9	連携	1.3	9	関係	1.3	9	看取る	1.0
10	場合	1.1				10	研究	1.0
						11	参考	1.0

ケアマネジャーの関わりも必要ではないかと思えます。これは退院支援、退院連携の話になってきますね。入院した段階からやがて家に帰るのであれば、その段階からメディカルソーシャルワーカーとケアマネジャーとはかなり綿密な連携をとっていかないとやっぱり途切れてしまうということがあると思えますから、相談職同士、ま、それはケアマネジャーが全部やるっていうのは不可能なんですけど、その連携はもっとやっていかないと難しいんだろうなと思えます。

個別の事例からどうやって、これを地域の方にフィードバックしてそれを広げて話をしていくか。たとえばその事例をほかのグループホームの方に行って発表してもらおうとか。そういうことをすると、そっちのホームでも始まって、その周りもわかって、こう地域全体を作っていく、そういうのも必要かなと思えます。

自分が指導したバイザーがこのように成長しましたよっていうのを、看取りの科目であれば看取りの事例を使ってお互いにグループワークでお互いに発表し合うというような内容になってるんですね。ですから結構レベルが高い研修になってます。

### 5.4.11. 「評価」「オンコール」「配置」「制度」

表 5-15 「評価」「オンコール」「配置」「制度」のコロケーション語（スコア順）

	「評価」	スコア
1	報酬	1.5
2	今後	1.3
3	オンコール	1.0
4	高い	1.0
5	加算	0.8

	「オンコール」	スコア
1	手当	2.2
2	看護	1.4
3	対応	1.3
4	割方	1.0
5	実際	1.0
6	徐々に	1.0
7	評価	1.0

	「配置」	スコア
1	夜勤	3.0
2	医師	1.7
3	看護	1.2
4	特養	1.0
5	基準	1.0

	「制度」	スコア
1	今	2.8
2	保険	2.0
3	運用	1.0
4	介護	1.0
5	自体	1.0
6	報酬	1.0

レスパイト入院の機能をとったとして、診療報酬で評価される病院は種別が限られてると思うんですよ。療養病床であったりとか、本当の急性期バリバリの病院がそういうことはやらないというような位置づけになってるんですけど。

オンコールって勤務扱いではないですよ。たとえば看取り期にある、ターミナル期にある利用者さんがいて、いつ家に電話がかかってくるかわからない状態で、自宅で待機してるっていうのは結構心理的にも負荷が大きいですし、また実際にオンコールに対応して出勤してやったとしても、オンコールで夜中出て行ったけど翌日の勤務体制に何か配慮されてるのかっていうと、私どもが数年前にやった調査結果では、あんまり翌日の勤務体制が配慮されていないという結果もありました。翌日も普通に朝から勤務しているという。-----実質看護職でいうと夜間対応のオンコールになっているのであるから、そこを制度でどうというより、施設側がもうちょっとオンコールの看護職への評価を、それはお給料の評価、オンコール手当みたいなものになると思うんですけど、手当をちゃんと保障していただきたいということと実際にオンコールで出勤した場合の翌日の勤務体制というのは配慮していただくことが必要なのかなと。オンコール手当も本当に施設によって千差万別で。

## 5.5. 職能団体ごとの分析

### 職能団体ごとの特徴語の抽出

5つの職能団体において、その特徴を把握しやすくするため、特徴語を上位10語リストアップした。数値は、どの程度「特徴的」かを示す Jaccard 係数である。Jaccard 係数式は、語 a と語 b について、語 a もしくは語 b の一方のみを含む文書を分母とし、語 a と語 b を両方含む文書を分子として算出するものである。得られる結果は、0 から 1 の間の値を取る。

$$J(a, b) = \frac{A \cap B}{A + B - (A \cap B)}$$

計算式における A と B は、語 a および語 b のそれぞれの出現回数。

$A \cap B$  は、語 a と語 b が共に出現する回数である。

表 5-16 職能団体ごとの特徴語

1_日本ホームヘルパー協会		2_日本介護支援専門員協会		3_日本介護福祉士会	
利用	.235	ケアマネジャー	.239	思う	.262
提供	.170	介護	.165	人	.187
死	.157	専門	.157	話	.093
迎える	.140	言う	.127	亡くなる	.070
ターミナルケア	.132	受ける	.126	ターミナル	.069
理解	.125	今	.120	時間	.068
責任	.122	看取る	.110	考える	.066
予測	.121	家	.107	現場	.066
居宅	.111	支援	.102	全然	.062
訪問	.105	施設	.102	聞く	.060
4_日本看護協会		5_日本社会福祉士会			
看護	.344	思う	.212		
施設	.236	言う	.178		
在宅	.198	本人	.175		
介護	.155	部分	.173		
病院	.153	役割	.169		
ケア	.146	風	.162		
状態	.138	家族	.155		
訪問	.134	看取る	.134		
利用	.124	話	.123		
医師	.119	難しい	.116		

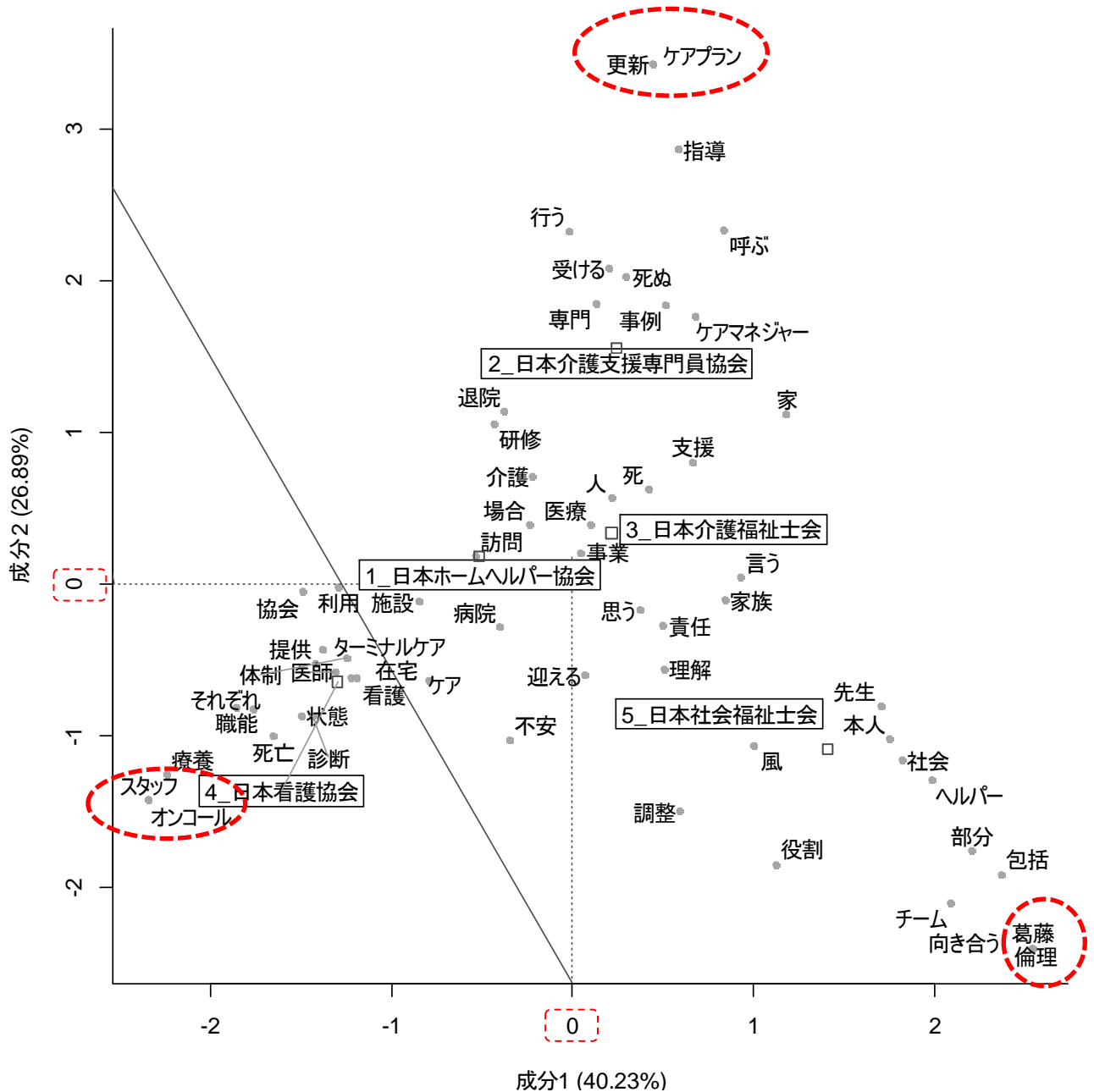
「日本ホームヘルパー協会」では、居宅におけるターミナルケアへの対応について予備知識を備えるという話や、訪問介護のターミナル加算についての言及が多くみられた。「日本介護支援専門員協会」では、家のケアマネジャー、施設のケアマネジャーの連携の話や、専門課程の研修内容について主にあげられた。「日本介護福祉士会」は、利用者と接する時間が長いことに関して、ターミナル期に限らず常日頃の介護として捉えている、といった話題があがった。「日本看護協会」は、より質の高いケアについての言及と、在宅看取りに関して今後の課題などがあげられた。「日本社会福祉士会」では、全体をコーディネートしていくなかでの役割と、家族との調整についての話であった。

## 職能団体の対応分析

下記の図は、職能団体の対応分析の結果である。対応分析とは、コレスポネンズ分析、数量化3類とも呼ばれる分析で、情報量を2因子に集約し、2次元上にデータ間の関係性を距離としてプロットすることで、「似たものは近くに」「特徴の弱いものは原点近くに」配置されるためデータの関係性が視覚的にわかりやすくなる。

また、原点(0,0)付近には、これといって特徴のない語が集まり、原点から離れていると特徴的な語ということが読み取れるため、「思う」「病院」「医療」などは特徴のない語。上部に配置された「ケアプラン」「更新」や、左下の「オンコール」、右下「葛藤」などは特徴的な語とみられる。どの程度「特徴的」かを示すには前ページ同様に Jaccard 係数を使用している。

図 5-3 職能団体の対応分析





以下、職能団体ごとに課題と要望をまとめている。

### 5.5.1. 日本ホームヘルパー協会

- ・死に至るまで予想される変化について、医療職から情報提供を受ける。それを理解したうえで、利用者、家族と適切にコミュニケーションを図る能力が求められる。
- ・利用者が苦しそうな状態に接したとき、死に至る過程のやむを得ない症状なのか、その症状に医療処置をすべきか判断ができないので、不安になる。
- ・機関誌や研修会の機会を活用し、ターミナルケアの事例について情報提供、意見交換をすることにより、予備知識を備えておくことが基本と考えている。
- ・会員相互のネットワークを活用して相談すること。
- ・医療職ではないからこそ家族の辛さを分かち合えることもあるであろう。利用者、家族の不安や苦痛を和らげる環境整備や生活支援を行うこと。食事、水分摂取、口腔衛生、排泄、清潔、安楽な姿勢、睡眠などのケアに加え、室温、照明、音楽、花などのしつらえの配慮、利用者、家族への精神的なサポートも大事である。

#### 【制度に関する要望】

- ・ターミナルケアチームとして訪問介護を提供した場合、ターミナルケア加算が算定できるようにしてほしい。
- ・難しさがあることは承知だが、医師の診断に基づき、ターミナルという状態が到来したことを告知し、その状態に応じたQOLを意識した心身のケアが開始されたら、加算が算定できるようにしてほしい。

### 5.5.2. 日本介護支援専門員協会

- ・ケアマネジャーに求められることは、共通の視点でケアマネジメントでき、どのようなサービスを必要としているのか、そういう人たちをつなげる、集めることができるということである。そのためには、利用者の意向、家族の意向をきちんと把握していること。そのうえで、看護師にも伝えなければいけない。
- ・医療系の資格を持たない介護福祉士は、生活場面を見るのは得意だが、医療的なものの見方が弱い。以前は看護師のケアマネジャーが多かったが、今は8割が介護福祉士のケアマネジャーである。医療職との連携に苦手意識を持っている者も多い。
- ・研修は、就労後1年以内の新人の間は、テキストの事例で講義が中心。
- ・おおむね3年以上の就労者は、研修受講者が自分の経験の中から事例を持ち寄り、グループワークで検討していく。お互いに発表し、ケアプランも持ち寄る。
- ・5年経過し、主任更新の研修では、指導事例を持ち寄る。実際にどういう指導をしたのか、指導したことで介護支援専門員がどう成長したのか、指導前、指導後の2事例提出する。

#### 【制度に関する要望】

- ・元気に頃に必要だったサービスと、ターミナル期に必要なサービスは、まるっきり違うので、きちんと判断できるか、どの時期から切り替えるか、ケアプランに導入する見立てが必要。手間がかかるので、そこに加算がついてほしい。
- ・ときどき施設、ときどき在宅という使い方を国も推奨しているが、ケアマネジャーが都度都度変わることになり、密な連携が必要である。現状は、自分が担当でない時に様子を見に行くことはボランティアという状況。
- ・介護保険制度の医療連携についての加算が必要。診療報酬と介護報酬とを同時にリンクさせる。双方で点数をとれる仕組み。
- ・地域によって、かなり違う。訪問診療が足りない。診療報酬のように誘導策を整備すること。

### 5.5.3. 日本介護福祉士会

- ・3年間の実務経験があつてそれで国家試験を受けて介護福祉士になる人たちは、教育がきちんとされていない。実習は受けるほうも、受け入れるほうも負担であるが、やるべきだ。
- ・看取りの定義にも、変な固定観念がある。ターミナル加算、看取り介護加算があるため、死ぬ1ヶ月前までのイメージが定着しているのではないか。
- ・ターミナルだから、特別なことをするわけではない。常日頃から、こうなる可能性があるから、その時はこうするよ、という計画を立てておく。常に見直して、それをやり続けること。
- ・看取りの単独のテキストを来年完成を目指して作成中。

#### 【制度に関する要望】

- ・特養は、死亡する前の24時間に医師が診ていれば死亡診断書を書けるが、そうでない場合、困る。
- ・ターミナル加算があるおかげで、死ぬ1ヶ月前までのイメージが定着してしまっている。ターミナルを異質なものとして、区切りすぎるというのも違うのではないか。

### 5.5.4. 日本看護協会

- ・看護師の役割は、これからどういう状態をたどっていくのか、こういう症状が出てきた、ちょっと普段と様子が変わっているようだったら、という観察ポイントを伝えていくことが大事である。利用者や家族、医療的のバックグラウンドがない介護職の人にもわかるように平易な言葉で説明する。
- ・ケアマネジャーから敷居が高いと言われていたが、看護職の側で下げて相談しやすいようにしていくべきである。
- ・発生しうる苦痛を予見して、予防する。どういうケアをすれば安楽な状態で過ごせるのか、介護職

と看護職で交わって情報共有して考えていくこと。

- ・協会の役割としては、看護職に対する教育や研修の充実と、看護職が安心して働き続けられる労働環境の整備、改善。

#### 【制度に関する要望】

- ・死亡診断が出来るのは医師だけである。医師が常駐している介護施設は少ないので、24時間以内に死後診察に来てもらえる体制が作れない。数年前に内閣府の規制改革会議にかかり、規制緩和の方向で厚生労働省と議論しているところである。例えば、看取りの研修を受けている看護師が医師に適切に情報提供することによって、死亡診察に来なくても死亡診断書が書けるような仕組みや、ICT技術を使うなど。
- ・特養の看護職は、夜間対応は9割オンコール。オンコールは勤務扱いではない。施設側が、給料による評価、オンコール手当を保障してほしい。一方、介護老人保健施設なら、看護職の数も多く、夜勤配置があるので、状況は違う。また、老健は施設長が医師であるので、医師の判断や指示を仰ぐことはそれほど難しくないが、特養と訪問看護は、施設外の医師との連絡調整に手間がかかる。
- ・在宅療養していて、ちょっと悪化した時の一時的なレスパイト入院、ショートステイ的な機能を広げてほしい。病院に限らず、特養でも。
- ・退院して在宅に戻るときのスムーズな流れ。退院調整のタイミング、在宅の訪問看護師やスタッフに受け渡す情報提供など、改善の余地がある。
- ・ターミナルケア自体は、もう少し報酬で評価されても、点数が上がってもいいのではないかと。運用面では、訪問看護の場合、病院が退院支援を頑張るのはいいのだが、加算等の評価の要件にまで至らない、短期間で亡くなってしまうケースがある。報酬だけでなく、在宅看取りに関わる病院の動き、介護施設や訪問看護の動きを考えていく必要がある。

### 5.5.5. 日本社会福祉士会

- ・職場の中で、同じ職種に職種に相談できる部分が弱いので、本当にこれでいいかなという、そういう葛藤を抱えてバーンアウトしないよう、研修体系や助言指導をしている。
- ・デスクカンファレンスで、いろいろな機関が入ると、なかなか本音の部分まで言えないことがある。他の専門職がいるからこそ言わなければいけないことと、同業者だからこそ言えることがある。両方必要である。
- ・在宅の先生と病院の先生とがつながっていて、レスパイト入院のような形があると、家族の受け入れも違う。レスパイト目的の入院は難しいが、退院する前に十分話し合っ、何かあったら戻ってきていいよ、ということで病院のワーカーさんにつながってお願いすることはある。
- ・看取りの段階は、チームケアが前提である。分けるのが難しい段階。タイムリーに刻々と変化するなかで、いろいろな職種が、どうやって情報を共有していくかが課題。日々の細かい観察が、医療を提供するうえでも重要になる。うまくまわらないと不具合が起きて、介護の責任のようになって

しまう。

- ・月に1回のモニタリングで自宅に訪問するが、他の職種の方々はたくさん訪問していて、家族ともたくさん話をしているなかで、自分は何の役割を担ったらいいのか分からない。疎外感を感じる。それを全体をマネジメントしていく、チームとしてうまく形成できるかどうか。

**【制度に関する要望】**

- ・最近在宅の診療所にも社会福祉士が配置されるようになっているが、評価されていない。医療だけでなく、介護職の評価をもう少し手厚くすれば、施策としては進むのではないか。
- ・地域によって、医療資源、介護資源が十分整っているかどうか、かなり開きがある。まず環境を整えること。政策誘導する意味でも加算が必要である。

## 6. 質的調査結果（専門職全体）

この章では、専門職のテキストデータから、職能団体と同様の処理をした。

### 6.1. テキスト分析：記述統計（専門職全体）

聞き取りデータの回答者の発言のテキストを対象として、テキストマイニング分析を行った。その結果、記述統計量は、異なり語数 2,778 語、出現回数の平均は 8.24 回だった。

「異なり語数」というのは、分析対象のテキスト内に何種類の語が含まれていたかを示す数である。

表 6-1 記述統計

異なり語数 (n)	2,778
出現回数の平均	8.24
出現回数の標準偏差	42.04

また、下記のように出現回数の度数分布をみると、出現回数 7 回以下の語を切り捨てた場合、約 83% の語が分析対象外になる、といったことがわかる。

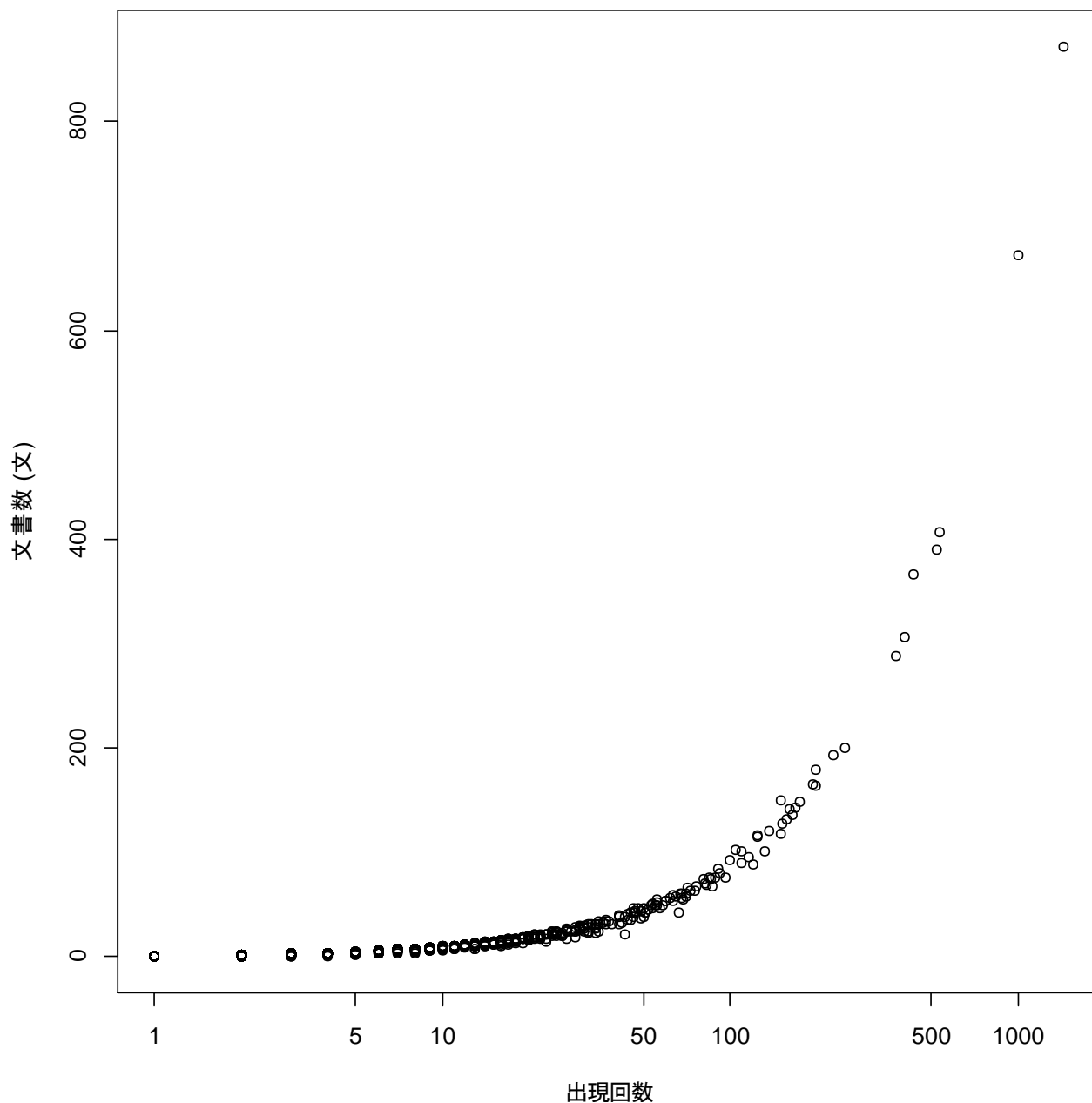
表 6-2 度数分布表

出現回数	度数	%	累積%
1	1,230	44.28%	44.28%
2	445	16.02%	60.30%
3	259	9.32%	69.62%
4	123	4.43%	74.05%
5	102	3.67%	77.72%
6	78	2.81%	80.53%
7	57	2.05%	82.58%
8	53	1.91%	84.49%

## 6.2. 出現回数と出現文書数の対数軸表（専門職全体）

出現回数の分布と出現文書数の分布を対数軸でプロットしたのが下図である。出現回数が増えれば、出現する文書数も同じく増えており、特徴的な出現状況を示す語はないと考えられるプロットとなった。

図 6-1 出現回数と文書数の対数軸グラフ



### 6.3. 品詞ごとの出現頻度（専門職全体）

品詞ごとの出現頻度の高い語を以下に説明する。対象データ中の平均出現頻度 8.24 をふまえ、出現頻度 10 以上を抽出した。

最初に名詞の出現頻度が高い語を下表に示す。最多は「家族」で 376 回出現した。のちほど記載するが、本研究で重要な語や複合語は「タグ」として抽出している。

表 6-3 名詞の出現頻度

名詞	出現回数	名詞	出現回数	名詞	出現回数
家族	376	体制	25	水分	14
自分	161	ケース	23	見送り	13
本人	158	ナース	22	主治医	13
最後	150	段階	21	全員	13
気持ち	110	奥さん	20	方針	13
感じ	91	基本	20	タイミング	12
先生	87	自身	20	介助	12
状態	70	環境	18	距離	12
病院	69	時点	18	具体	12
ターミナル	60	プラン	17	視点	12
職員	60	現場	17	職種	12
部分	58	考え方	17	同士	12
ケア	56	自宅	17	友人	12
情報	52	ドクター	16	オムツ	11
言葉	51	印象	16	スタッフ	11
ヘルパー	50	感情	16	意向	11
医療	47	関わり	16	医者	11
グループホーム	39	終末	16	会社	11
専門	37	表情	16	回数	11
最初	36	夜間	16	患者	11
思い	33	役割	16	事業	11
状況	33	チーム	15	息子	11
場面	32	機会	15	様子	11
カンファレンス	31	痛み	15	お互い	10
立場	28	日常	15	お母さん	10
お父さん	27	肺炎	15	リハビリ	10
方向	27	お宅	14	経口	10
コミュニケーション	26	個人	14	子供	10
ストレス	26	身体	14	事例	10
主人	25	人生	14	流れ	10

形容動詞で高い出現頻度となっているのは、「大事」で41回、「不安」32回、「必要」30回となっている。

表 6-4 形容動詞の出現頻度

形容動詞	出現回数	形容動詞	出現回数	形容動詞	出現回数
大事	41	大丈夫	22	急	12
不安	32	大変	21	穏やか	10
必要	30	元気	19	小規模	10
自然	26	普通	18		
好き	23	無理	16		

動詞の中で高い出現頻度があるのは、「思う」435回、「看取る」229回であった。その後、「言う」193回、「入る」116回、「聞く」110回と続く。

表 6-5 動詞の出現頻度

動詞	出現回数	動詞	出現回数	動詞	出現回数
思う	435	入れる	34	取れる	16
看取る	229	出る	32	関す	15
言う	193	帰る	27	行う	14
入る	116	言える	24	看る	13
聞く	110	落ちる	24	振り返る	13
亡くなる	92	踏まえる	23	分る	13
見る	86	呼ぶ	21	受け入れる	12
行く	68	使う	21	終わる	12
来る	68	飲む	19	任せる	12
食べる	66	取る	19	付ける	12
違う	56	知る	19	居る	11
関わる	56	作る	18	深める	11
感じる	54	過ごす	17	接する	11
伝える	50	決める	17	話し合う	11
出来る	49	限る	17	会う	10
話す	49	残る	17	携わる	10
考える	45	受ける	17	困る	10
持つ	41	分かる	17	出す	10
変わる	38	頑張る	16	動く	10



形容詞の中で高い出現頻度となったのは、「多い」85回、「難しい」63回であった。

表 6-6 形容詞の出現頻度

形容詞	出現回数	形容詞	出現回数	形容詞	出現回数
多い	85	上手い	22	強い	11
難しい	63	無い	22	若い	11
良い	34	近い	18	辛い	11
悪い	32	苦しい	18	早い	11
長い	24	痛い	12	深い	10

副詞の中で高い出現頻度となったのは「本当に」83回と多かった。

表 6-7 副詞の出現頻度

副詞	出現回数	副詞	出現回数	副詞	出現回数
本当に	83	実際	22	全然	17
一応	34	常に	22	多分	12
特に	31	必ず	18	初めて	10
結構	27	少し	17	当然	10

サ変名詞の中で高い出現頻度となったのは、「介護」168回、「看護」164回、「話」124回であった。

表 6-8 サ変名詞の出現頻度

サ変名詞	出現回数	サ変名詞	出現回数	サ変名詞	出現回数
介護	168	経験	30	納得	17
看護	164	共有	27	面会	17
話	124	生活	26	理解	17
利用	89	確認	24	緩和	16
対応	82	仕事	24	ショート	15
関係	63	安心	23	勉強	15
お話	49	入院	22	管理	14
訪問	48	お願い	21	心配	14
一緒	47	サービス	21	夜勤	14
在宅	46	交換	20	指示	13
連絡	45	信頼	20	動揺	13
相談	42	担当	20	意思	12
施設	41	調整	20	深入り	12
意識	37	入所	20	機能	11
連携	35	変化	20	急変	11
意見	34	支援	19	介入	10
希望	34	往診	18	撮取	10
点滴	34	後悔	18	電話	10
食事	32	判断	18	入浴	10
説明	31	報告	18		

品詞の別なく、出現頻度の高い語をみると、「思う」が435回、「家族」376回、「人」250回、「看取る」229回であった。

表 6-9 出現頻度の高い語 (上位 21 語)

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
思う	435	自分	161	風	96
家族	376	本人	158	亡くなる	92
人	250	最後	150	感じ	91
看取る	229	話	124	利用	89
言う	193	入る	116	先生	87
介護	168	気持ち	110	見る	86
看護	164	聞く	110	多い	85

### 6.3.1. タグ

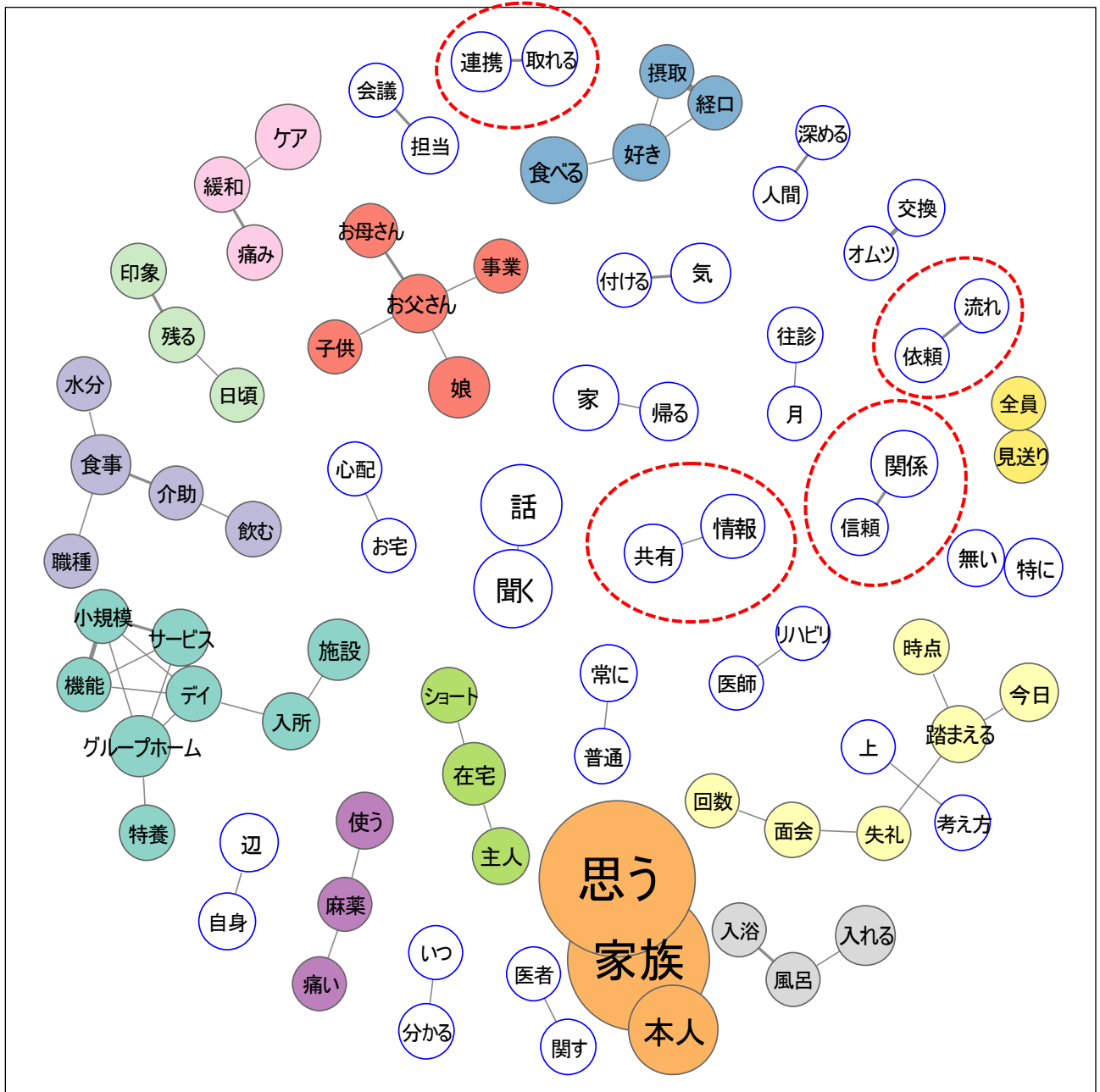
本研究で重要であるにもかかわらず、テキスト抽出上、別の語として認識されてしまう。そこで「タグ」として、強制的に抽出する必要がある。本分析では、以下のタグを設定し、強制的に抽出した。その頻度を以下に記す。

表 6-10 タグ

タグ	出現回数	タグ	出現回数	タグ	出現回数
ケアマネジャー	54	ALS	2	コンシェルジュ	1
特養	18	LINE	2	サクション	1
デイ	17	オペ	2	ショートステイ	1
訪看	9	チャプレン	2	ストマ	1
ケアプラン	8	ミトン	2	スピリチュアル	1
褥瘡	6	ADL	1	ソーシャルワーカー	1
デスクカンファレンス	5	DNAR	1	テリトリー	1
オンコール	4	D市	1	ドレーン	1
バルーン	4	PHS	1	ネグレクト	1
リピーター	4	SNS	1	バイタルサイン	1
清拭	4	アウェイ	1	レアケース	1
H市	3	イレウス管	1	レスパイト	1
K市	3	インテイク	1	ワーカー	1
キーパーソン	3	エンジェルケア	1	胃瘻	1
サチュレーション	3	オツケー	1	傾眠	1
セラピスト	3	キャラ	1	体交	1
訪室	3	グリーンケア	1	輸液ポンプ	1

高い出現頻度の共起ネットワーク関係を分析したのが下図である。出現回数が多い語は円が大きく表現されている。共起関係が強い語同士は、より太い線で結ばれている。「情報」「共有」や、「信頼」「関係」、「連携」「取れる」、「依頼」「流れ」といった“多職種の間”での“連携”や“関係性”といったものに関する語が把握できる。

図 6-2 共起ネットワーク (サブグラフ検出 媒介)



「そうですね」などの感動詞を除外して、抽出した。

## 6.4. コロケーション分析（専門職全体）

以上の高出現頻度の抽出、コーディングをふまえ、テキストデータの分析を行うが、本研究の質的調査の分析の着目点として、次の点が重要である。

1. 看取りに際して、利用者や家族の感情や気持ちへのケア、配慮について。どのように気持ちを汲み取っているのか。気持ちを汲み取ることが難しい場合、どのように対処するか。また、関わりの距離感の取り方は。
2. 他の専門職との役割分担をどうするか。他の専門職に任せたいこと。自分たちがすべきこと。
3. 他の専門職とコミュニケーションをとる際に、気をつけていること。
4. チーム内の意見や考え方が違った場合に、どのように調整するか。
5. 看取りの体制、方法についての課題など。

#### 6.4.1. 看取りに際して、利用者や家族の感情や気持ちへのケア、配慮について。どのように気持ちを汲み取っているのか。関わりの距離感の取り方は。

介護職（ホームヘルパー・介護福祉士）	<p>名前を呼ぶだけでもいいし、今日の天気など普段と変わらない声かけ、手を添えるとか、身体に触れるなど、利用者と接する時間を意識して増やしている。</p> <p>なかなかお話しはできないので、手を握るとか、背中をさすとかのスキンシップをしている。</p> <p>家族には、本人の目の前ではなくて、別席などで、主治医の先生も交えて説明をする。やってほしいことや食べさせたいものなど、最後の最後までしたいことを連絡をくれるように伝えている。</p> <p>看取りの場合、プランどおりのことをすべてやらなければいけないというわけではない。本当は何を望んでいるのか、どうして欲しいのか、神経を使っている。</p>
社会福祉士	<p>希望は在宅で、在宅とショートステイを繰り返していた人がいた。家族は、急変があることはわかっていたが、実際の現実感はあまりなかったのではないかと。急変時に何もしないという話しは家族にはしづらかった。話しづらい内容もあるが、シチュエーションの例をあげながら、こういう時どうするか、という話しを聞きだしている。看護師に同席してもらうこともある。</p> <p>ターミナル期には、より丁寧に意識的に関わっていくようにしている。現在の状態を丁寧に説明するなど。</p>
介護支援専門員	<p>やはり気持ちが揺れ動くので、いつ気持ちが変わっても私達に対応しますよ、ということ伝えてる。何回もどうしますか、いつでもまた気持ちが変わったら言ってください、という話しをするようにしている。</p> <p>看取りに入っている状況がわかっている家族と、わかっている家族がいるので、どういうタイミングで、どう切り出すか、覚悟してくださいという意味の言葉を言う。</p> <p>看取りの段階では、第三者の出る幕はない。むしろ家族が関わるべきであると思っている。叱咤激励の言葉がけひとつも、なんとなくそらぞらしく感じる。</p>
看護師	<p>とても不安定であること、微妙で揺れ動いていることを理解したうえで、自分の考えや価値観よりも、とにかく家族の気持ちを聞くことを優先する。今日は大丈夫でしたよ、というような軽はずみな言葉は控えるようにしている。心配して面会に来ているのに、明るいついで、こんにちはと笑顔で言ってしまったことがあるが、落ち着いてゆっ</p>

	<p>くりしゃべるように心がけている。死の受容過程のどの段階にいるか。告知直後のショックで否認や怒りのときには、何を言っても入っていないし、日常生活で必要なときだけケアに徹して、とにかく信頼関係を築けるようにしている。家族の「がんばる！」というのは危険。家族がきちんと寝られているか確認したりしている。</p> <p>利用者の意識は朦朧としているが、医学的には耳は聞こえているので、一緒にここで暮らしているという気持ちで、日常の会話や声をかけるようにしている。非言語的コミュニケーションなら、目の動き、表情、しぐさ、ジェスチャーから読み取ろうとする。</p> <p>距離感は、年数を重ねることで、自分なりの距離、一步引いて距離が置けるようになった。客観性がなくなったら、専門職ではないと思った。訪問看護では「もう一人の家族になる」というモットーだったので、訪問だけでない関わりを意識してきた。男性なら奥さんの前で言わない、奥さんなら旦那さんの前で言うなど、本人を前に話すことと、帰り際に玄関先で話すなど、臨機応変に話しやすい環境を作っている。家族にとって大体が初めてのことなので、小さなことでも不安になったり、心配になったり、疑問に思ったりする。気になることは何でも聞いてください、言ってくださいというのを常々言うようにしている。仕事も忙しい家族だったが、遅い時間でも遠慮せず来てください、なるべく顔を見に来てあげると本人は喜ぶ、ということを伝えた。日常のコミュニケーションや信頼関係が出来ていれば、状態が下降気味になってきたときにも、その都度説明をしている。</p> <p>訪問する時間やタイミングを意識している。こちらが忙しいところを見せてしまうと、言い出しづらいし、制限が出てきてしまうので、できるだけ最後に行くなどして、本人や家族のペースで話せるような雰囲気を作っている。リスクを説明したうえで、本人や家族のやりたいことをまずトライしてみる。</p> <p>みんな寂しいだろうし、人と触れ合う機会は少ないだろうから、さりげなく肌に、服の上からでもいいので触れる機会を増やそうとしている。嫌な人もいるから、無理強いはしないが。</p>
--	--

## 6.4.2. 他の専門職との役割分担をどうするか。他の専門職に任せたいこと。自分たちがすべきこと。

介護職（ホームヘルパー・介護福祉士）	<p>普段行っているケアの延長線上である。役割というより、より厚くケアをしていく。</p> <p>看護師は時間制限があるので、訪室、体位交換、声かけ等はなるべく行うようにしていたが、麻薬を使うのは難しかったり、痛みの緩和をどうにかできないか歯がゆさがあった。</p>
社会福祉士	<p>相談員に限らずだが、家族への支援、家族への関わり、本人がどう思っているかの気持ちのくみ取りは、もっとやれればよい。</p> <p>カンファレンスで、家族の意向を調整するのは生活相談員の役割である。</p>
介護支援専門員	<p>一連の仕事の中の看取りもその中の一つであるという認識。特別なことではない。</p> <p>本人の思い、人生について看護師以上に知っている。その人が何を思っているのか、どういう人生を歩んでいきたいのか、思いに寄せて介護をやりたい。</p> <p>臨床心理士やチャプレンなどの介入が必要ではないかと思う。</p>
看護師	<p>本人の苦痛、不愉快になることを取り除くこと。</p> <p>利用者の人数が多いので、本当はその人の状態に合わせて、たくさん時間を割いて、いろいろな人の具合をみたいと思う。</p> <p>看取りだからといって構えずに、介護職にはいつも通り、自然に過ごしてほしい。怖いからと引いてしまって、看護師にお任せの場合がある。</p> <p>点滴や採血、診療の補助は医師ができるし、療養上の世話は介護士でもできるし、看護師だから、看護師の資格がないとできないことは何ひとつなく、だからこそ何でもできる、その調整ができることが役割である。他の専門職が、何をどこまでできるのか把握することと、制度の理解が大事。専門家がいるところは専門家に任せ、看護師は調整のスペシャリストとして、コンシェルジュ的な位置にいる。</p>

### 6.4.3. 他の専門職とコミュニケーションをとる際に、気をつけていること。

介護職（ホームヘルパー・介護福祉士）	<p>待ったがきかないので、少しの変化があれば必ず即報告している。</p> <p>接する時間は介護のほうが多いので、変化に気づいて看護師に伝えるようにしている。</p> <p>食事について栄養士と相談することもある。看護師とは痛みや水分の量などを話し合う機会があった。</p> <p>一箇所に集める情報としては、ケアマネジャーが主である。</p> <p>自分の主観が入らないように、客観的な事実を伝えるように気をつけている。</p>
社会福祉士	<p>看取りが重なると大変なので、全体の利用者層の重なりに気を使っている。</p>
介護支援専門員	<p>口頭では言った、言わない、が起こるので、用紙がある。依頼書、ケアシートにきめ細かく情報を書き込み、看護師がチェックし、さらに先生に伝えるなど、情報を連携するようにしている。</p> <p>看取り以外は看護師に言えるが、看取りに関しては経験が少ないので、あまり言えない。今後それではいけないので、カンファレンスを大事にしようと、準備対応をするようにしている。</p> <p>それぞれの専門分野での価値観、意見を尊重するようにしている。</p>
看護師	<p>介護職の人が気づいたことを看護職に伝えてもらい、解決できることがあれば、解決するようにしている。介護職は、一番家族に近い立場なので、率直な意見を聞いてきてほしい。率先してというのは難しいかもしれないが、情報を発信してほしいと思う。</p> <p>介護職とのコミュニケーションは、なるべくわかりやすく、医療用語はつかわないようにしている。若い人は経験がないので、亡くなるのは自然なことでは怖いことではない、普通のことのように伝えるようにしている。</p> <p>看取りに対して、死に対しての恐怖心や緊張感がないと感じてしまう職員がいることが気になる。尊厳がないように感じられる。</p> <p>夜間や休日は看護師がいないので、体制的に不安がある。いろいろな人が日替わりで訪問しているが、もう少し少人数で関わったほうが密な関係ができるのではないかな。</p> <p>ケアマネジャーがプランを立てるが、提案や何かきっかけを作っているのは現場のスタッフだと思う。</p> <p>ヘルパーさんに、体に触れることに抵抗や、痛みがあって不安がある場合、口頭で話すだけでなく、実際の現場で一緒に見てもらったり、やってみせたりするようにしている。</p>



#### 6.4.4. チーム内の意見や考え方が違った場合に、どのように調整するか。

介護職（ホームヘルパー・介護福祉士）	<p>医療サイドと介護サイドとの温度差が感じられることがある。例えば、経口摂取は禁止だが、水の一滴でも口の周りを湿らせるなど、最近では、看護師や主治医の先生も、自然にという方向性になってきている。話し合いで、折り合いをうまくつけるようにしている。</p> <p>ヘルパー同士で、月1回ミーティングをし、意見交換している。利用者の家に行っていないヘルパーからも意見をもらう。</p>
社会福祉士	<p>介護が長期化すると、介護の負担がかかり、不満が出てくる場合がある。その場合は、一旦話しを聞いて受け止めて、上に相談したりする。施設の理念を基に話しが出来ているので、職種間での意識の差はあまり感じられない。</p>
介護支援専門員	<p>ずーっと見ている介護職と、一番悪い状態の時にポンっと入ってきて見る看護職の立場の違いで、看護職が悪いところだけをピックアップして指摘する場合がある。介護職が萎縮してしまわないように、看護職が先走らないように、注意している。介護が下で看護が上という漠然とした考え方があるが、そうではない、同等であるということを伝えている。</p> <p>介護職自身も卑屈になるのではなく、勉強していかないといけない。</p> <p>医療職、介護職はお互いの分野でかぶっている部分もあるが、価値観が違う部分もある。意見が食い違うのは当たり前であり、調整や折り合う、着地点を見つけることが大事である。</p>
看護師	<p>介護との考え方の違い、リハビリの違いを感じることもある。</p> <p>家族は点滴信仰がある。水分だけの点滴はできないことはないのですが、一回やってみる。望まれたときに一回やって、先生からやったけどやらないほうが本人のため、体も受け付けないことを説明してもらう場合があり、そうすると家族も納得される。介護職から、なぜ点滴をするのかと言われることがあるが、きまりや手順を臨機応変、ケースバイケースで対応するようにしている。</p>

### 6.4.5. 看取りの体制、方法についての課題など。

介護職（ホームヘルパー・介護福祉士）	<p>死に直面するという経験がなかったので、感情のコントロールが難しかった。</p> <p>亡くなる前は毎日がちょっとずつ違う状況になるので、それに対するケアを共有するのが難しい。</p> <p>夜間は看護師がいないので、不安に思う。</p> <p>夜間のときの家族へ連絡するタイミングが難しい。夜中に呼んでしまって申し訳ないと思うこともあるし、家族が看取れば一番よいが、その見極めが難しい。</p>
社会福祉士	<p>いろいろな利用者層の重なりを考慮し、かといってベッドが空いてしまわないように気を使っている。</p>
介護支援専門員	<p>ターミナルでは医療依存の高い人が多いので、医療機器やいろいろな言葉、処置、何が必要なのか、などぱっと出てこない、わからないことがある。</p>
看護師	<p>病院がいいのか、居宅がいいのか、正解はないので悩んでしまう。お試し対応のような3日間だけ入院してみるとか、元気なうちにショートステイできるような選択肢があるとよい。</p> <p>特に在宅の場合は、介護職と話し合う時間をなかなか作れない。議論する場がない。</p>

以上の視点をもとにテキストデータを分析していく。

「ノードワード」は、以下の語を選択した。

「情報」「共有」「伝える」

「信頼」「関係」

「意見」「交換」

「連携」「取れる」

次ページから、ノードワードごとに、文字起こししたデータを抜粋しながら考察していく。

## 6.4.6. 「情報」「共有」「伝える」

表 6-11 「情報」「共有」「伝える」のコロケーション語（スコア順）

	「情報」	スコア		「共有」	スコア		「伝える」	スコア
1	共有	4.3	1	情報	4.3	1	情報	2.9
2	伝える	2.9	2	家族	1.7	2	上手い	2.0
3	事前	2.0	3	お互い	1.0	3	気持ち	1.6
4	上手い	2.0	4	意思	1.0	4	看護	1.4
5	提供	1.8	5	出来る	1.0	5	ケアマネジャー	1.3
6	交換	1.5				6	訪看	1.2
7	入る	1.5				7	ずーっと	1.0
8	看護	1.3				8	家族	1.0
9	連携	1.2				9	人	1.0
10	ケアマネジャー	1.1				10	変化	1.0
11	人	1.0						

支援内容によって、時間が決められているんですけど、最近の看取りの方だと30分が多いですね。トイレ介助とか、オムツ交換とか。だから家族の情報がすごく大事ですね。水分とったかとか、そういう情報を必ずケアマネジャーさんなり訪看さんに伝えないといけないので。

私たちヘルパーが入る前に訪看さんが入っていたら、どういう状態でしたかって確認したりもするし、あとケアしたヘルパーさんが帰ってきた場合に、私たちが聞き出して、それをまた上に上げる。情報の共有だけは必ずしていますね。

どういう点に注意してくださいねというのをヘルパーは聞いて、それから伺って、ご家族様にも看護師から聞いてますよという、向こうも安心されるというか、ちゃんと情報が繋がっているんだというところで、そんな感じですかね。

各専門職同士で申し送りというか、介護の方と看護の方っていうのとの、あと生活相談員っていう部分では、ある程度の情報は共有出来てるかなという風には今のところ思っていますので、大体大丈夫なのかなという気はなんとなく自分の中ではしているんですけど。

家に帰せるかねと話し合ったり、実際家に帰ったりしていましたね。お祭りはみれるかね～といった片言で言った情報をみんなで共有できるようにメモ、ノートにかいたりして、実現できるようにしていました。

昨日はこうで、今日はこうですって言うその情報的には、自分もシフトで休みだったりするので、情

報が入ってない事もありますので、この時点でミーティングって言う時間が設けてありますので、そこで報告していただくとか、後は、このどうしてもそれだけでは済まない方に限ってはカンファレンスってということで、代表になっちゃいますけど、集まってやるっていう事もしてます。

緩和ケア病棟を振り返ると、カンファですね。亡くなった方のカンファをすることで、亡くなった方への自分の思いとかをお話することで、それを共有できたりすると、ああ同じ気持ちだったんだねと思えたりするのはとってもよかったなって感じがします。やっぱり話しても、いろんな側面で意見をいってもらえるのがよくなって、

長い付き合いだから。その人がいま何を思っているのか、この人はこないだまで歩いていたとか、どういう人生を歩んできたとか、こっちは知ってる。最後どういう思いでいるのかを知っているので、その人の思いに寄せて介護をやりたい。それが介護の真髄。最後悔いはあるでしょうけど、安心して旅立てるように家族と共有していく環境を作れるのは私たち現場だと思っんです。

共有するというか。亡くなる前になってくると毎日がちょっとずつ違う状況になってくるので、それに対するケアを共有するのは難しいです。今日、昨日、明日でケアは違うので共有は難しい。家族に伝え終わるまでが難しいです。

ご本人のことが分からないと、ご家族の方に伝えるっていうのもなかなか出来ませんよね。他の職員から話を聞いたりとかっていうのも当然ありますけれど、やっぱり自分の目で見るとっていうのはすごい大事な事かなという風に思っています。

言語的コミュニケーションと、非言語的コミュニケーションを意識してるかな。コミュニケーションでなかなか汲み取りって難しいじゃないですか。やっぱり信頼関係をまずつくるようにしてるかな。日常会話をしながら、さりげなく「何か伝えたいことはありますか?」「何か聞きたいことはありますか?」などの、やっぱり声かけですよ。

## 6.4.7. 「信頼」「関係」

表 6-12 「信頼」「関係」のコロケーション語（スコア順）

	「信頼」	スコア		「関係」	スコア		「関係」	スコア
1	関係	14.5	1	信頼	14.5	7	ある程度	1.0
2	家族	1.1	2	人間	6.0	8	含める	1.0
3	う	1.0	3	家族	4.6	9	兄弟	1.0
4	結構	1.0	4	深める	3.0	10	馴染み	1.0
5	出来る	0.7	5	出来る	1.7	11	微妙	1.0
6	高い	0.5	6	最後	1.1	12	密	1.0
7	今回	0.5						
8	病院	0.5						

ターミナル期だからといって特別な対応ではなくて、日頃携わっている信頼関係を培ってきた中の対応で接していますので、そう言ったもう近いねとか、ゆっくり休んだらとか、そういった死に直面するようなお声がけっていうのは一切ないですね。

自分のおばあちゃんがこうだったなーということで話を持っていったり、生まれた地域の事を頭に入れて話したりしていました。昔のことを聞いてそれに近いものをこちらから。故郷の情報などを提供したりしていました。コミュニケーションをとることによりその人の昔の事、子供さんの事を聞いて、言えないとも言えるような信頼関係ではないけど、ちょっとずつ話してもらって環境をつくるようにしていました。

私たちがいない間に過ごした様子を聞いて、水分とりましたか、食べましたか、トイレはどうでしたか、とか、あとはご家族さんがやっぱ大変だと思うので、ずっと神経張ってると思うから、私たちが入っている間は休んでもらうとか、利用者さんはもちろんなんですけど、家族との信頼関係もそこないと、他人が家にはいるわけですから、難しいのかなって、そこも気をつけてますね。

ご家族様もそうですけど、日常のコミュニケーションとかやり取りっていうか、それで信頼関係が出来ていれば、例えばだんだん状態が下降気味になってきた時でも、その都度その都度おうちの方には説明しますので、今までとちょっと変わってきましたよっていう体の状況、例えば、ですね、急に肺炎を起こしてしまったとか、そういう状態の変化に関しては、こと細かくご家族の方普段見てないから、余計にお電話をいれて報告をして、共有してますので、日常の基本的な信頼関係が出来ているので、あんまり汲み取ることが難しい人っていうのはいなかったように思います。

## 6.4.8. 「意見」「交換」

表 6-13 「意見」「交換」のコロケーション語（スコア順）

	「意見」	スコア		「意見」	スコア		「交換」	スコア
1	交換	4.8	9	ある程度	1.0	1	オムツ	10.0
2	本人	2.1	10	ドクター	1.0	2	意見	4.8
3	一番	2.0	11	意見	1.0	3	情報	1.5
4	食い違う	1.7	12	違う	1.0	4	今年	1.0
5	すべて	1.3	13	近い	1.0	5	体位	1.0
6	家族	1.3	14	相手	1.0	6	トイレ	0.5
7	人	1.2	15	尊重	1.0			
8	聞く	1.1						

ヘルパー同士では月に1回のミーティングで、意見交換とか、この利用者さんこうなんだけどどう思う？とか、じゃあ今度こういう風にしていきましょうみたいな話し合いをやってますね。その家に行っていないひとも耳を傾けてもらって、行っていない人だと結構違う意見も出るので、それもまた面白いので。

それならこういういい方法があるんじゃないですかとか意見をもらったり。

それぞれの専門分野での価値観、意見を尊重してトータル的にどういうプランでいくかを再確認して統合してプランにしていく立場なのでそれぞれの意見を尊重するようにしている。

意見が食い違うのはあたりまえ。医療職、介護職って価値観の部分とかお互いの分野でかぶっている部分もあるけど価値観が違う部分もちよこちよこある。どっちも大事、どっちも必要。うまく円満に解決するときばかりではないかな。

仕事上の食い違いはしょうがない。ある程度意見を交換したほうが良いですね。言わないでおなかの中でため込むよりいい

あとは否定しないとかじゃないですか。うちの会社のモットーですけど、家族と本人の意見が一番なので、できるできないじゃなくて、まずやってみる。

知識提供というのは。あとは意見食い違う時、本人の意見を一番にしたいですけどね。その人の人生ですし、一番苦しいのはその人本人です。現実的に本人は家にいたいけど、家族が無理って行って折れたパターンもありますけどね。

## 6.4.9. 「連携」「取れる」

表 6-14 「連携」「取れる」のコロケーション語（スコア順）

	「連携」	スコア
1	取れる	4.7
2	医療	3.8
3	上手い	1.6
4	情報	1.2
5	言う	1.0
6	家族	1.0
7	結局	1.0
8	職種	1.0
9	調整	1.0

	「取れる」	スコア
1	連携	4.7
2	上手い	1.5
3	コミュニケーション	1.0
4	人	1.0
5	態勢	1.0

ケアマネジャーさんと訪看さんとヘルパーでは連携しないと無理な話なんですけど、例えば情報共有したりとか、それはよかったのかな。ご家族さんから、最期「ありがとうございました」という言葉をいただいて、良かったんだな、良しとしようかなって。ご家族さんですら迷うみたいなので。

ほんとにそのときは家族の方も連携が取れていて、午前中はだれ、午後はだれみたいな感じで。まあ、お父さん看取ったあとだったからかもわからないけど、うまく連携取れていたの、あまり動揺したような印象を、私は受けなかったです。

日常生活ケアを中心なプランなわけですから、その部分が薄くなって最期の看取りの時期になって穏やかに最期をうちで穏やかに最後まで過ごすってところと、あと医療との連携の部分もしっかりと記載するようにする。前も、そのその段階の前も医療連携のことはプランには組んであるんですけど、さらにしっかりと書き込んでいくってことをしています。

情報を口頭で連携すると言った言わないの、必ず起きるので必ず書いた紙にしてそれで連携しましょうっていうのを徹底するようにしてますね。

医療連携と医療職の話をするタイミングですよね。その、ね、上手くこう合えばいいんですけど、家族さんがいる時間、ちょっと席を外していない時間とかっていうとろで医療職がずっと居られるわけではないので、その、そういうお話をするタイミングが上手く計れればいいんですけど、計れない時に大変かなっていう。うん。家族さんが納得いかない部分が出てきちゃうのがやっぱりね、大変ですね。

## 6.5. 専門職ごとの分析

### 専門職ごとの特徴語の抽出

4つの専門職において、その特徴を把握しやすくするため、特徴語を上位10語リストアップした。数値は、どの程度「特徴的」かを示す Jaccard 係数である。

表 6-15 専門職ごとの特徴語

1_介護職・ヘルパー		2_社会福祉士		3_ケアマネジャー		4_看護師	
そうですね	.089	風	.137	家族	.096	人	.088
看取る	.070	相談	.101	看取る	.094	言う	.084
感じ	.063	思う	.100	人	.080	本人	.074
対応	.054	そうですね	.072	介護	.073	自分	.068
看護	.054	施設	.070	言う	.071	介護	.059
はい	.053	最後	.069	自分	.055	看護	.056
話	.047	場合	.069	最後	.054	はい	.052
気持ち	.046	ショート	.063	グループホーム	.050	聞く	.044
本当に	.044	在宅	.061	本当に	.044	入る	.043
利用	.042	家族	.060	利用	.043	時間	.040

あまり際立った特徴語はみられなかったが、「社会福祉士」において、ショートステイに関する話題、「ケアマネジャー」では、グループホームに関する話題、「看護師」では、看護に入る時間に関する話題などがあげられた。

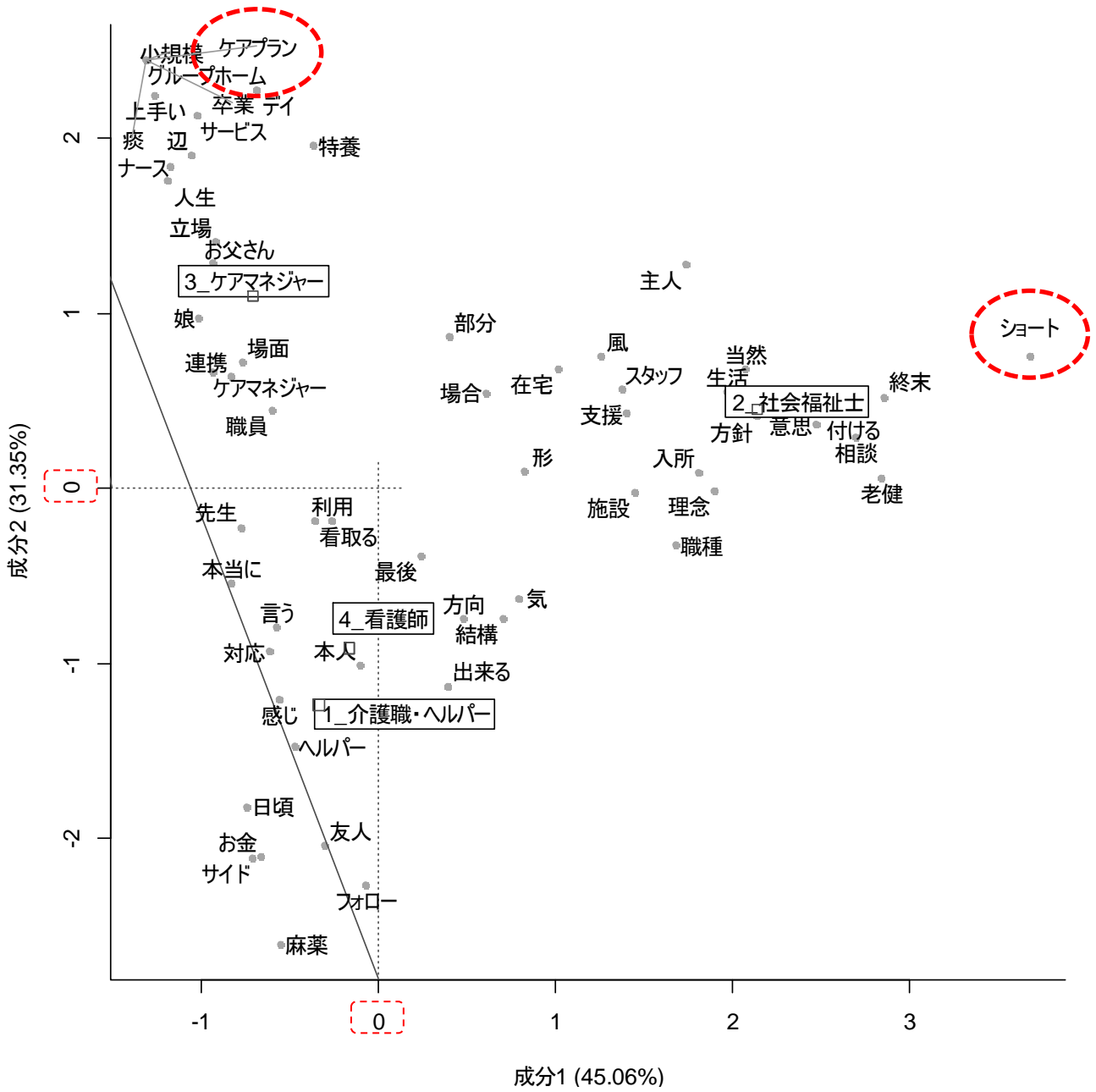
### 専門職の対応分析

次ページは、専門職の対応分析の結果である。対応分析とは、情報量を2因子に集約し、2次元上にデータ間の関係性を距離としてプロットすることで、「似たものは近くに」配置されるためデータの関係性が視覚的にわかりやすくなる。

また、原点(0,0)付近には、これとって特徴のない語が集まり、原点から離れていると特徴的な語ということが読み取れる。ケアマネジャーにおける「ケアプラン」や、社会福祉士における「ショート」などは原点から離れているため、特徴的な語とみられる。どの程度「特徴的」かを示すには、上記同様に Jaccard 係数を使用している。



図 6-3 専門職の対応分析



## 6.5.1. 介護職（ホームヘルパー・介護福祉士）

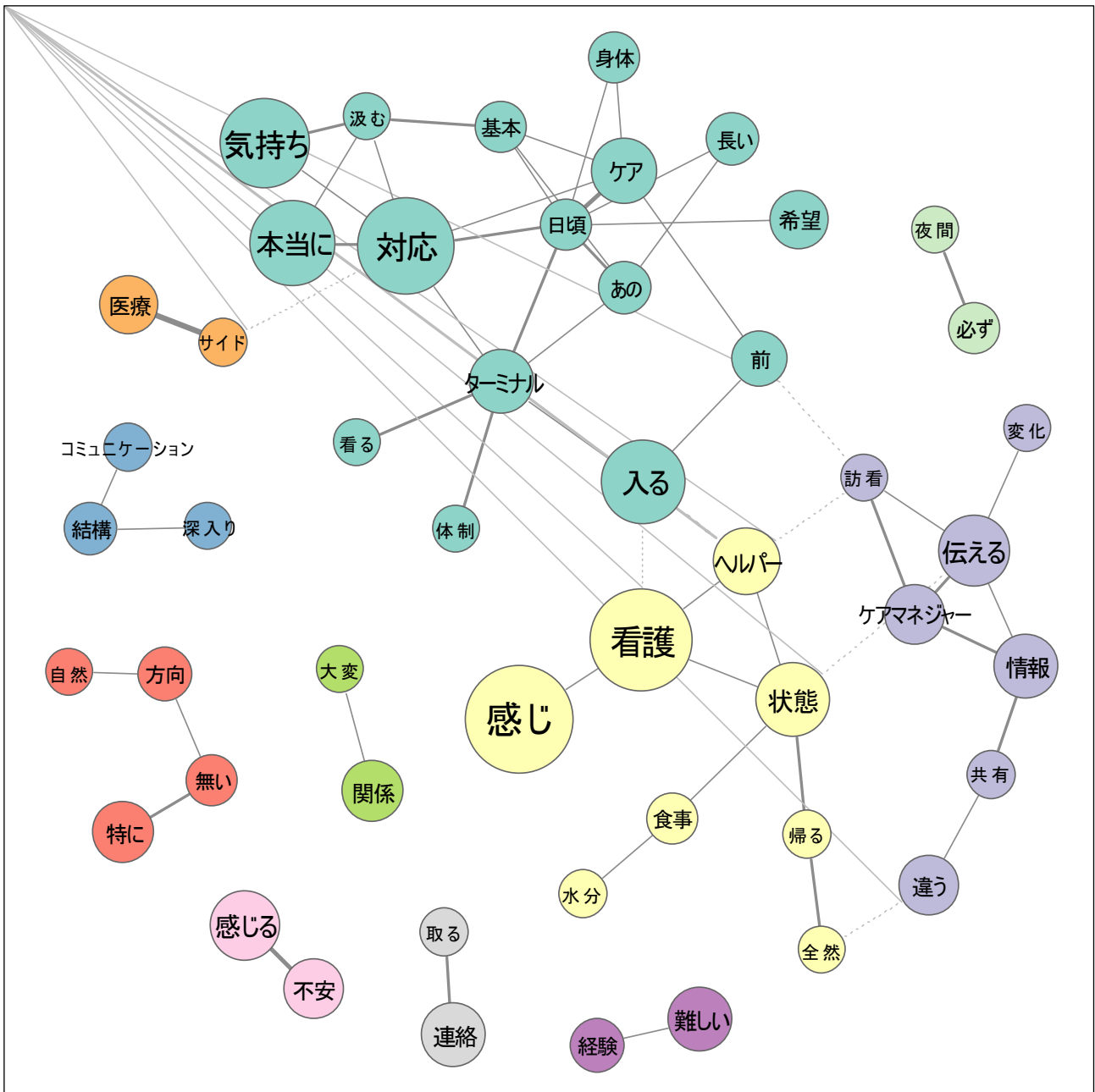
俯瞰してみると以下のような内容にまとめられる。

普段との違いや変化に気づいたら、他の職種と連携し、情報を伝え、共有するようになっている。

本当は何を望んでいるのか、希望など気持ちを汲んで対応している。

医療サイド、介護サイドとの温度差が感じられることもあるが、最近では、自然にという方向性になってきている。夜間の対応に不安を感じている。

図 6-4 「介護職（ホームヘルパー・介護福祉士）」の共起ネットワーク図



- ・ターミナル期だからといって特別な対応ではなく、日頃携わっている信頼関係を培ってきた中での対応で接している。
- ・家族に説明する際には、本人の目の前ではなくて、別室などを利用して主治医の先生も含めて担当者会議をする。ターミナル期には、面会の機会を作ってもらい、連絡を密に取っている。何か変化があれば、その都度電話やSNSで対応している。やってほしいことや食べさせたいものを細かく聞いている。動揺される方には、納得するまで説明をさせていただく。
- ・入所の時に、看取り指針（最期はどこで見るとか、延命治療を望むのか、点滴や注射など医療行為の確認）を話し合うが、家族の気持ちも変わっていくので、都度確認するようにしている。
- ・利用者は、家族の思い通りになってしまうところがある。
- ・入所すると長い期間になるので、日頃の対応の中で好きなもの、何をしてきた人なのかを得られる。表情、素振り、身振り手振りを逃さないように対応し、本人の気持ちを汲む。
- ・「大丈夫ですよ」といった安心する声掛けをしている。
- ・少しでも変化があれば、即報告、対応している。一人でも納得がいかない方向になれば、話をする機会を作る。
- ・口頭でコミュニケーションをとることが多い。ADL、アセスメント表のような記録するものもある。
- ・一箇所に集める情報としては、絶対ケアマネが主である。
- ・他部門とは、ホームヘルパー同士では月に1回のミーティングで、意見交換や、この利用者さんこうなんだけどどう思う？とか、じゃあ今度こういう風にしていきましょうみたいな話し合いをやっている。
- ・医療サイド側と介護側との温度差を感じる。経口摂取ができて、好きなものが食べられて好きなものが飲めて、好きなことができてっていうのが自然なのではないか、と方向性が見えてきた。調整できている。
- ・死後のカンファレンスで、振り返りの機会を設けることで、ストレス解消や、メンタル面でのお疲れ様、頑張ったねというフォローを入れている。
- ・看取りに対してお金のことが不安になる。お金がかかれば家族の関係ももう少し良くなるのかもしれない。
- ・夜勤の時は不安や緊張を感じる。日中は看護師がいるが、夜間はいない。
- ・報告するタイミング、夜間のときの見極めが難しい。
- ・訪問介護は、それまでを知らずに、いきなり具合悪い状態、ターミナルで入ってくるので緊張する。
- ・ご自宅の玄関に入る前に、人生の大先輩が多いので、失礼のないように思う。
- ・看取りについてもっとホームヘルパー部門で話してもいいのかなって思う。
- ・ホームヘルパーは日常のことを見ている、24時間対応をしている。長く関わっている利用者だと、いつもと違うところに気づく。

## 6.5.2. 社会福祉士

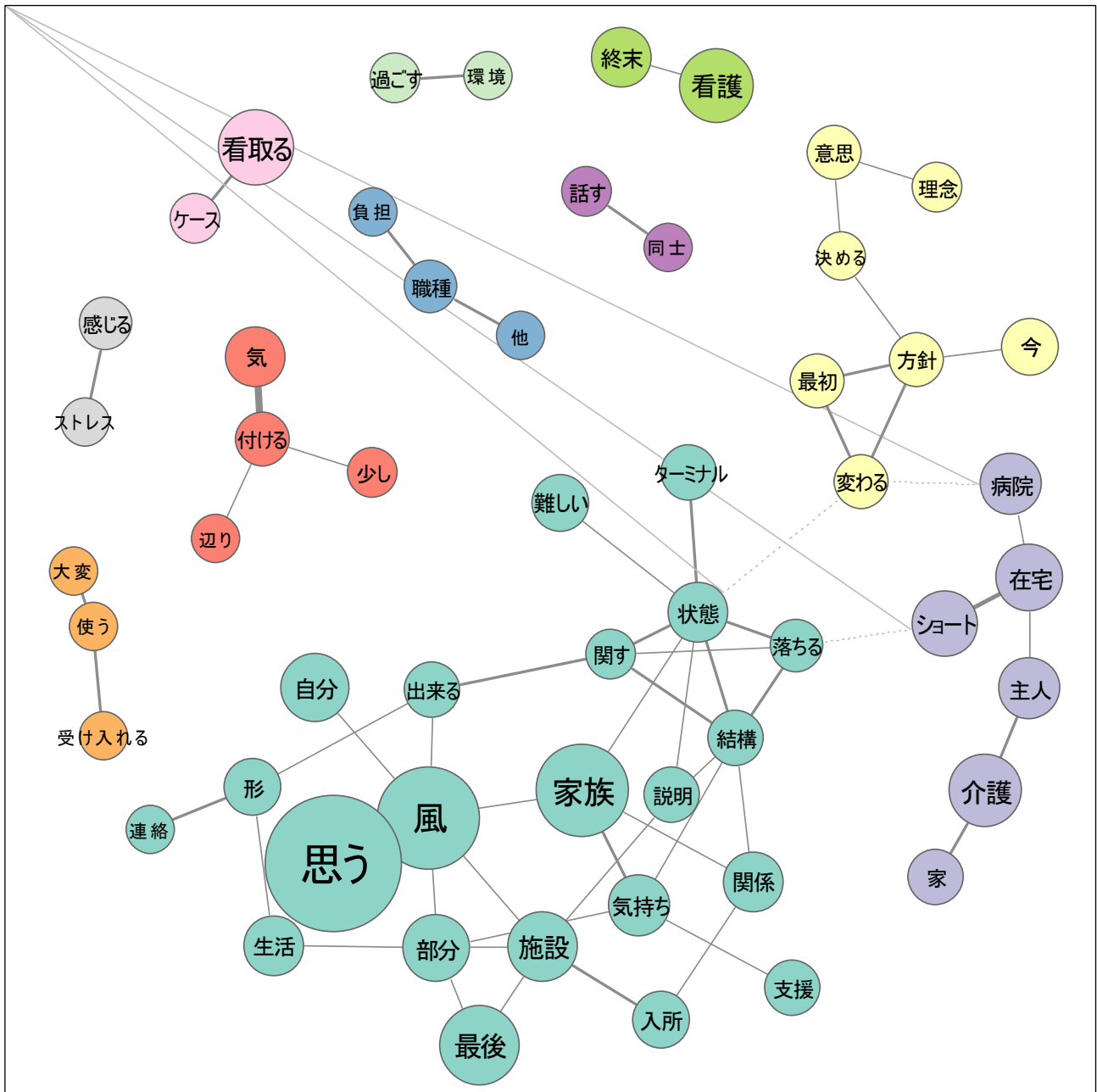
終末期は、他の職種の負担感を意識している。

ショートステイと在宅、入院を繰り返すケースは多い。

状態の変化や、家族の気持ちが変わっていくが、大体は最初の方針通りに進むことが多い。

施設の理念をもとに話しができています。意思共有して、支援の内容を決めている。

図 6-5 「社会福祉士」の共起ネットワーク図



- ・終末期に関しては、あまり遠慮しすぎると大事なことが聞けなくなるので、必要なところはシチュエーションの例をあげながら、こういうときどうするかと話を聞き出していく。面談時は、相談員だけでなく、看護も同席してもらっている。
- ・家で最後まで介護しきれるかどうかが、介護力。
- ・老健で看取る醍醐味の一つは生活の中で看取るとのことだが、介護の人が声掛けに悩んでしまう。
- ・終末が長期化した場合、介護側から不満がでてくる場合がある。話を聞いてくれる相談員がいることは貴重な。
- ・ストレスの解消方法は、相談員同士で話すこと。自分だけでは溜めないこと。
- ・看護長などの上が変わると、方針が変わることがある不安。何かあった時に上が支えてくれる体制。
- ・施設の理念を意思共有して、支援の内容や方針を決める。
- ・今の状態がどのくらいの状態なのかをしっかりと共有していくことが大事。
- ・家族、利用者の架け橋になることが一番大事。
- ・家族や利用者自身から感謝の声をかけていただくのが、一番何よりも励み、モチベーションになる。
- ・利用者は長年住み慣れている方が多いので、慣れた環境で過ごしていただけるように、その環境、人間関係を崩さないようにしていきたい。

### 6.5.3. 介護支援専門員

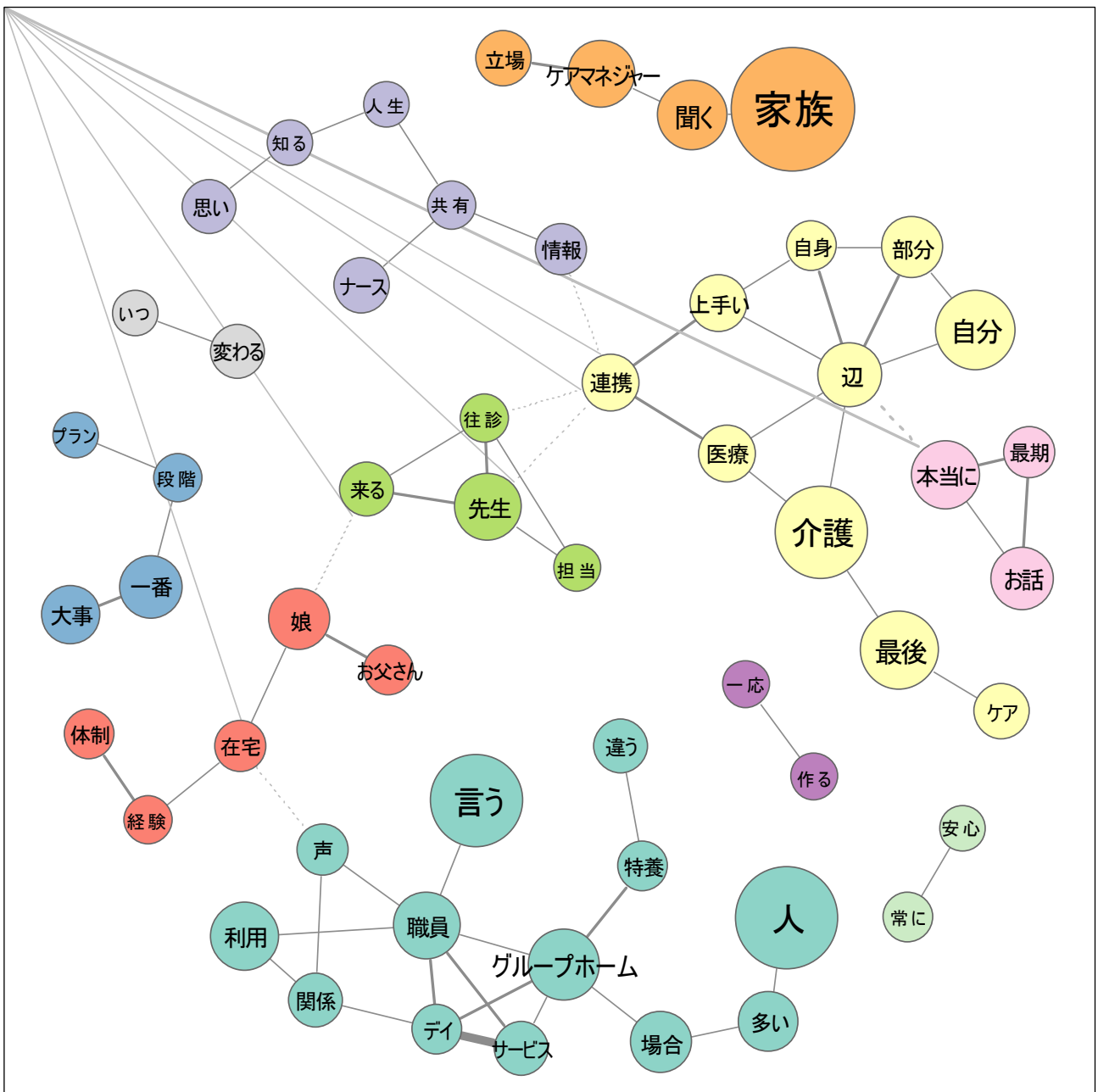
ケアマネジャーの立場として、家族の思いをきちんと聞く。

長い付き合いなので、その人が何を思っているのか、どういう人生を送ってきたのか、をナース以上に知っている。

ケアのシートがあり、介護職がこまかく書き込み、それを看護のほうでチェック、医療職と上手く情報を連携するようにしている。

グループホームとデイサービスの関係ができており、職員も馴染みの関係ができています。

図 6-6 「介護支援専門員」の共起ネットワーク図



- ・グループホームで看取りということに対して、家族は後ろめたさを感じているので、一緒にやるんだよ、というお話しをする。家族にとって誰もが初めてで分からない。一緒にみましようね、という精神的なサポートをする。
- ・難しいときには、医療職に同席してもらい、先生から説明してもらおう。そのときの先生が私達と同じ気持ちでやってくださることが一番大事。
- ・看護師は訪問して自然に声掛けすることに慣れているが、ケアマネは在宅での看取りにはアウェイな感じ。
- ・立場上、直接家族に聞く機会が最初にあたる場合が多い。家族が、看取りに入っている状況が分かっているか、分かっているか把握することが大事。
- ・事前情報はあるが、ないつもり、先入観なしで接するという感じ。仕事として関わっているからこそ、自分は元気で、当事者は死にゆく人、というのを意識しすぎてしまう。なんと言っていていいかわからないし、苦手意識がある。
- ・看取りの時期は、親族が関わるべき時間なので、自分はあまり深入りしないようにしている。
- ・看取りはパーソナルなものだと思っているので、あまり第三者に介入して欲しくはない。
- ・家族が当事者意識がなくなってしまう、全部やってくれると思ってしまう、お客さんになってしまう。看取ったというのは、自分の体を動かさないと心の整理ができないと思うので、誰かがはっきり言わないといけない。
- ・医療用語、医療機器、処置など、よくわからないので苦手。
- ・サービス担当者会議では本音が出ないので、心の中の思いを率直に話し合う場面ではなかなかないので、形式的な部分も大いにある。個別に専門職の考えていることを一対一で聞き、とことんまで話し合い、さらに必要であれば全員で話し合っ、意見交換する。
- ・看護師は急変するとどんどん進んでしまう。こんなこと言っていたという情報を、介護や看護師で共有できるように、ノートに書いている。
- ・過去に、言った言わないということがあったので、ケアのシートに介護職がきめ細かく情報を書き込む。そこを看護につないで、さらに先生に伝えて、情報をうまく連携するようにしている。
- ・看護師はピリピリしていて、看護師が食事介助に入っていて、入りづらかったり、避けられているんじゃないかと思ったり、疎外感を感じる。
- ・看護職の方が悪いところだけをピックアップして指摘していく、そうすると介護職が萎縮してしまう。
- ・介護が下で看護が上という漠然とした考え方があがあるが、そうではない。同じ立場である。
- ・介護職は卑屈になるのではなく、勉強していかないとダメ。痰吸引など。
- ・利用者や家族と長い付き合いなので、最後どういう思いでいるのかを知っているから、その人の思いに寄せて介護をやりたい。それが介護の真髄。最後悔いはあっても、安心して旅立てるように家族と共有していく環境を作れるのは私たち現場である。
- ・エンジェルケアも含めナースが全部やっている。山場になってくればくるほど介護は離されてしまう。疎外感。いままで一番関わっていたのは私たちなのに、一番大事なときは関わらせてもらえない。忙しい中でもカンファレンスをやるのが大事。
- ・調整とか折り合う・着地点を見つけることが仕事。

- ・自分の意見が通らなくても納得している、本音を聞いてくれているところで安心感がある。
- ・意見が食い違うのは、当たり前。言わないで、おなかにため込むよりいい。
- ・臨床心理士、チャプレンの介入。臨床心理士、ソーシャルワーカー、看護師、介護職で癒し方・励まし方でもう少し工夫した声掛けを学んでは。
- ・看取り以外では、看護師に意見できるが、看取りに関しては経験が少ないので、今まで言えなかった。私たち現場が家族や本人からの思いを聞き取り、ナースは医療的な内容の準備を対応してもらって、同等の対応で同じ土俵でケアができるようになりたい。
- ・100点満点の看取りはできないが、みんなが60点以上の合格点を取ったと思えるよう、誰かが落ち込んでいることのないよう、振り返りが大事。家族が満足しているという声を伝えたり、直接話して「ありがとう」と言ってもらえたり。



### 6.5.4. 看護師

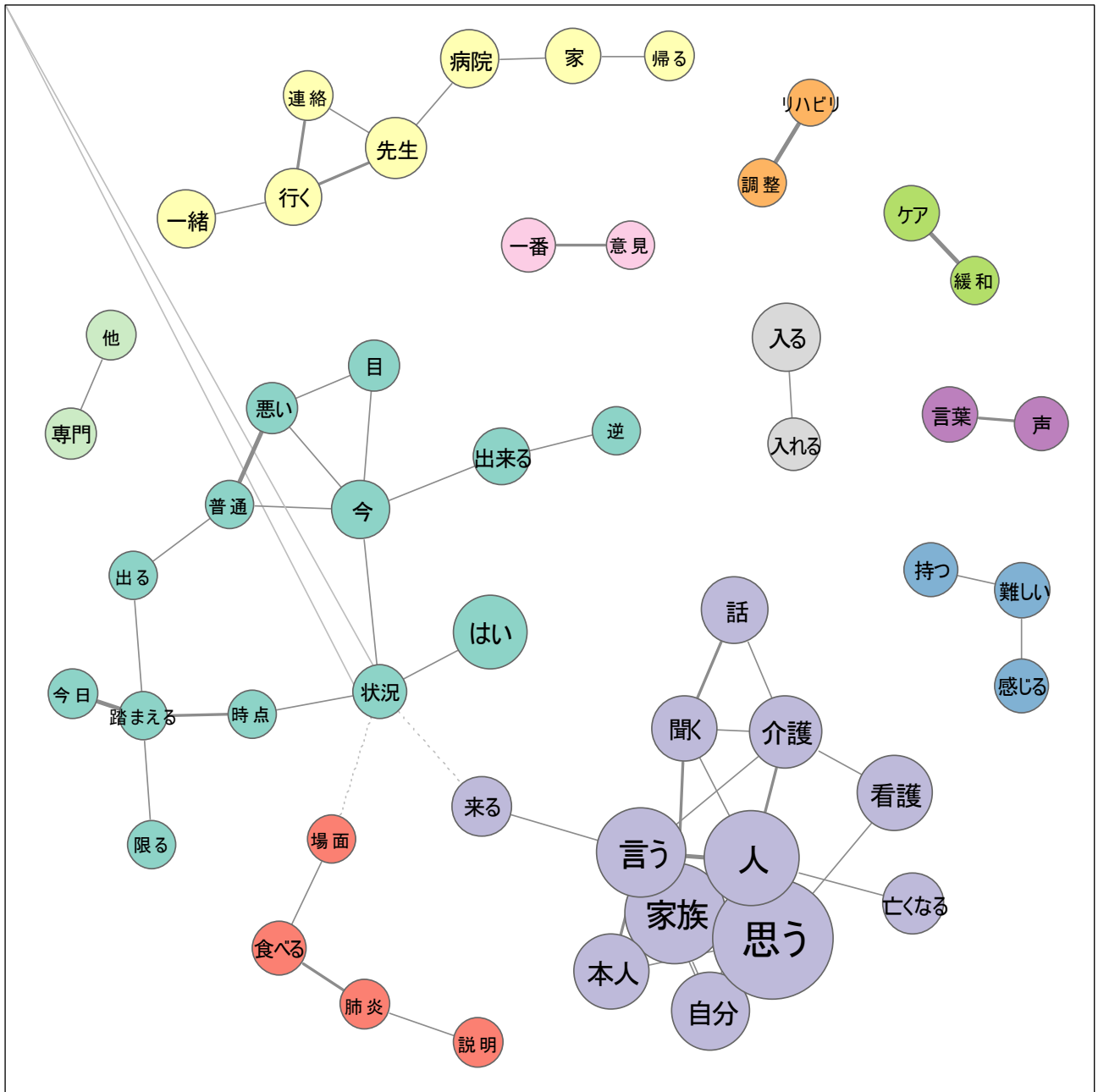
身体的な状況も踏まえて、今日は大丈夫というような軽率な言葉は控えるようにしている。

介護者は、一番家族に近い立場なので、素直な意見を聞いてきてほしい。

緩和ケアチームを確立したい。

病院で治療という段階ではなく、家族の意向があれば、その時点で先生と一緒に看取りのほうの話をしている。

図 6-7 「看護師」の共起ネットワーク図



- ・看取り期になると意識は朦朧としているが、医学的には最後まで耳は聞こえるので、反応がなくても日常の会話、声掛けをするようにしている。
- ・どんなに親しくなっても家族は家族、自分は一步引かないといけない。客観的にその事象を受け止めてみる事が出来なければ、看護師としての看取りではない。
- ・介護職と、日常の基本的な信頼関係が出来ているので、医療的なことの差異は感じない。
- ・家族の点滴信仰に対しては、家族、看護師、介護、がいる場面で先生から説明してもらう。
- ・それぞれ皆専門職のプロなので、その人のその職業のプロとしての考え方、やり方を尊重するようにしている。介護職が専門用語などを勉強したり、新人に指導したりしている。
- ・本当は一人ひとりの状態に合わせて、具合を見たいのだが、利用者の数が多く、できない。
- ・終末期で看取りになると、看護師にお任せの場合が多い。怖いから、引いてしまう。
- ・看取りの段階では、今日は大丈夫でしたよ、という軽率な言葉は控えるようにしている。
- ・4側面からみる事。身体的な面だけじゃなくて、精神的、社会的、スピリチュアルな痛みについて、勉強会をしていきたい。
- ・医師によって視点が違う。
- ・介護職は、できるだけ拘束はしたくない。生活面を重視する。緩和ケアの視点は、本人の意向を尊重する。人生の最後に抑制されるって人としての尊厳がないのではないかと。
- ・看護師は、安全や管理を重視する。
- ・緩和ケアチームを確立したい。
- ・いろいろな人が日替わりで訪問しているが、もう少し少人数で関わったほうが密な関係になれるのではないかと。
- ・本人が判断できるうちに、お試しで入院や老健を両方体験しておくとういのは。
- ・家族と本人の意見が一番なので、できるできないより、まずはやってみる。
- ・本人のペース、家族のペースで、話せる雰囲気を作る。時間制限をつけないように、時間やタイミングを意識する。
- ・看護師は、調整がメインである。医師が話したことや、介護職がリハビリやマッサージをすることの緩衝材としての役割。診療の補助と療養上の世話、連携調整。看護師は、独占業務がないので、広く見ることができる。だからこそ、調整ができる。他の専門職が何をどこまでできるか把握すること。制度を理解すること。看護師は、調整のスペシャリスト。コンシェルジュ的な位置。
- ・制度では、包括的な料金システムが難しい。
- ・最後亡くなった時の連絡をどうするか聞いておいて、その日勤務でなくても、後悔がないように、行く。
- ・自分が話したことを、ただそばにいて聞いてもらえたら、ありがたい。

## 7. 共同研究者による考察

### 7.1. 共同研究者の視点から

熊谷生協病院 看護師 古賀 恵海

「納得感のある看取り実践プロジェクト」

もし、誰もが納得できる看取りがあるとすれば、それはどんな看取りなのだろうか…。本研究を通してわかったことは、職種間だけでなく、人それぞれ個々の死生観を持っているということである。死生観が違っていても、対話がうまくいっているところは、個々の納得感が強い。人は、死生観が違っていても、対話することで寄り添うことができるからである。対話こそが、納得できる看取りにつながると感じた。

「死」は個人だけのものではない。

「死」は確かに本人のものなのだが、一人では死ねないのが実情である。その「死」には、たくさんの人が関わってくる。当然、価値観が同じもの同士だけが、関わるということとはありえない。ここで必要なのは、価値観が違うもの同士が、お互いの主張を突き通すことでも、相手の意見をすべて受け入れることでもなく、双方が寄り添って納得することである。納得とは、腑に落ちるという意味で、得を納めると書く。このことは自分にとってどんな意味があるのか、また自分にどんな得があるのかを知る。また、やらないことで自分にはどんな損があるのかを知り、やったほうがプラスで、やらないのがマイナスなら、やってみようと思えることなのかもしれない。

これからの時代、個人、あるいは家族や一部の医療介護職だけで、看取りを対応していくことは困難である。「死」は個人だけの問題ではないのだ。故にプロジェクト化して多くの人に関わったほうが、より納得感の高い看取りになるのではないかと考える。もちろん、臨終の場というある種聖域のような第三者に介入して欲しくないものすごくパーソナルな部分もあるだろう。そういうことも踏まえて、みんなで意見を出し合い共有していくことは大事なことと考える。今回の研究は、そのために必要な介護職と看護職による「看取り」と「死」の持つ差異を踏まえたケアの提供方法と連携方法の構築に関するものである。

思いや気持ちのすれ違い…

今回の研究では、職種もそうであるが、個人個人の価値観の違いを改めて感じる結果となった。インタビューをしてとても印象的だった話に、ある施設の介護職と看護師の思いのすれ違いがある。

ある介護職は「エンジェルケアも含めナースが全部やっているんですよ。山場になってくればくるほど介護は離されてしまう。いままで一番関わっていたのは私たちなのに、一番大事なときは関わらせてもらえない…」と疎外感を感じていると言った。それに対して、同じ施設の看護師はインタビューの中で介護職に対してこう述べた。「終末期で看取りになると看護師におまかせの場合が多いんです。

怖いからって、引いてしまうんです。そんなことではないと説明して、関わってもらいたいと思ってるんですけど…」介護職は看護師が関わらせてくれないと感じていて、看護師は介護職が関わろうとしないからもっと関わってほしいと言っている。実は私もこの看護師と同じことを思っていた。もっと介護職にも看取りの場面で関わってほしいと思っていたのだ。看護師は関わってほしいと思っているのだが、態度はそう伝えていないのかもしれない。雑談レベルで介護職に看取りに対してどう思っているのかを聞いたことはあるが、なぜそう思ったのかまで深く聞いたことはない和内省した。カンファレンスなどで情報を共有する場はあっても、本音や感情を共有する場が現場ではないのだ。本音や感情を共有する場がないのは、死にゆく本人や本人の家族に対してもだろう。

施設や組織を飛び越えたスタッフ間の連携も必要になってくる。ある介護職は、「看取りも含め、最後の医療介護にお金がかかりすぎる。家族への負担が多く、そのせいで関係性が崩れていることも多いように思う」と言っていた。「経済的窮困」に相当するケースなどは、医療介護職だけではどうしようもない。福祉相談員はもちろんのこと、地域で活動しているNPO職員や行政など、今後も多職種連携は欠かせないことなのだ。

#### 「対話」の重要性

多職種連携を成功させるためには対話力が必要だ。患者や家族と一方的なコミュニケーションをとるのではなく、相手の目線に立ち、その思いを汲み取るような双方向のコミュニケーションが「対話」である。また、スタッフ間でも「対話」は必要だ。「申し送り」のようなコミュニケーションは、情報共有にすぎない。各職種が自由に考えを述べ合うような場が必要である。現場のスタッフの多くも、本音や感情を共有する場を欲していることが、インタビューからもわかった。

「自分の意見が通らなくても、本音を聞いてくれているところで安心感があり、納得している。」「意見が食い違うのは当たり前。言わないでお腹にためこむよりいい。」「忙しくてもカンファレンスで話し合いをしたほうがいい。」「自分が話したことを、ただ聞いてもらえたら、ありがたい。」

これらはインタビューのなかで発言されたものである。対話は看取りに対する連携をうまくするためだけでなく、人間関係の構築や自分自身の納得にもつながる。対話は、本人・家族だけでなく、その看取りを支えるスタッフ全員の納得につながるためにも必要なことである。

#### まとめ

もし、誰もが納得できる看取りがあるとすれば、それは患者・家族・その看取りに関わるスタッフ全員が、対話を重ねた看取りなのだろう。今回の研究では、職種間だけでなくそれぞれが個々の死生観を持っていることがわかった。死生観が違っていても、対話がうまくいっているところは、個々の納得感が強い。今後の課題としては、死生観の違いを踏まえた上で、どう対話していくかを考え実践していくことであろう。

これから訪れる多死社会が、恐ろしく悲しい時代となるのではなく、「いい人生だった」「あんな最期いいよね」といえるような「死とうまく付き合っていく時代」になることを願って、本研究を生かしていこうと思う。

## 7.2. 共同研究者の視点から

東京大学大学院人文社会系研究科 特任研究員 角 能

「ターミナル期における多職種連携に関する職能団体の考えの考察」

### 1. はじめに

本章ではターミナル期における医療看護介護福祉職の連携を中心に、職能団体がターミナルケアの現状を課題も含めてどのように認識し、どのような改善策を志向しているのかを考察する。具体的には日本ホームヘルパー協会、日本介護福祉士会、日本社会福祉士会、日本介護支援専門員協会、日本看護協会という介護職、福祉職、看護職の職能団体のスタッフに対する聞き取り調査のデータをもとに分析を行う。

職能団体は政策提言と現場でのサービス提供の結節点となっていることから、スタッフへの聞き取り調査を分析することは、制度と現場との媒介の実態と課題を考えるという点で社会的意義を有する。厚生労働省等ターミナルケア政策の設計を担う政府機関への働きかけを行うアドボカシー機能を果たしつつ、スタッフの多くが現場で利用者、患者に対するターミナルケアを行っている。これまで現場レベルでのターミナルケアの役割分担に関する考察を行った先行研究は見られたものの（篠田ほか 2013・高橋 2016 など）、政策提言機能まで踏まえて職能団体の考えに着目した研究は少ない。よって職能団体のスタッフが現場でのターミナルケアにおける多職種連携についてどのような現状認識を持ってどのような解決策を必要としているのか、そのためにどのような政策を求めているのかについて、ここでは考察する。

### 2. 職能団体の役割についての考え

それではターミナルケアに関して、現場に対する職能団体の役割に関して、各団体はどのように考えているのだろうか。多くの職能団体からは研修を通じてターミナルケアの作法を伝えていくことが職能団体の役割として言及されている。では現場のスタッフを集めた職能団体の研修において、どのような機能が期待されているのだろうか。

日本介護福祉士会からはテキストの発行による介護職の看取りへの忌避感情、固定観念の払拭を行うことによる、ターミナルケアの期間の前から利用者の死への支援、看取りを意識することが提起されている。在宅での死を希望する者が多い現代において、ターミナル期の介護の重要な役割を担う訪問介護のスタッフの職能団体である日本ホームヘルパー協会も研修で看取りをテーマとして取り上げることによって、人生の最終段階を居宅で迎える者からの社会的要請に応える人材育成が志向されている。日本看護協会でも研修を通じて、病院での医療的な治療、健康管理だけではなく、住み慣れた環境での利用者の体に苦痛を与えないことも踏まえたケアという意識を徹底するための研修の役割が重視されている。

一方、ターミナル期において多職種の調整連携の役割を担う福祉職からも、現場の事例を研修において持ち寄ることによって、看取りに対する意識を常日頃から喚起することが重視されている。介護

保険制度における諸サービスの調整の役割を担うケアマネジャーの職能団体である日本介護支援専門員協会からは、研修のテキストの中に看取りの項目を設けたり、研修において会員が自分が経験した具体的な事例を持ってきてグループワークにて検討を行うということが行われている。地域全体での総合調整の役割や相談援助の役割を担っている日本社会福祉士会のスタッフからは現時点では看取りに特化した研修は現時点ではあまりないが、ターミナルケアは個別具体性が強く教科書通りに実践しようとしてもうまくいかない一方、若い社会福祉士の中には死に向き合った経験自体が乏しい者が多いという現状を踏まえて、個別のケースを研修で取り上げて検討していくという方向性が語られている。

さらに日本社会福祉士会と日本看護協会からは訪問事業所や福祉施設という職場において介護職に比して少数の存在であるがゆえに研修の機会が不足していて、そのため同じ職種同士の交流、意見交換の場としての研修の必要性が述べられている。

### 3. チームケアにおける各職能団体の考え

次に介護職、福祉職、看護職、医療職というチームケアを通じた多職種連携について、それぞれの専門職の役割について、職能団体はどのように考えているのだろうか。2 が現場における職能団体の役割についての考察であったのに対し、ここでは他の専門職に対する当該専門職の役割についての職能団体の考えを考察する。

職能団体からは自身の専門性を生かした上での他の職種との連絡調整の重視という語りが見られる。具体的には、以下の通りである。

日本介護支援専門員協会と日本社会福祉士会という福祉職の団体からは、家族の気持ちの揺らぎも踏まえた上で家族と多職種との意見の調整を行い、家族とチームとのつながりを途切らせないような家族との調整の力量が求められている。通常の時期以上にターミナルケアの時期における家族の気持ちの揺らぎ、判断の迷いや後悔を踏まえて、家族と他の職種との連携を自身の役割として重視している点に特徴がある。同時に医療に対する苦手意識もあって、特に医療的な面が入った調整役割は看護職、医療職に任せてしまいがちになるが、このような場面でも医療、看護職に頼り切りではなく、福祉職も医療的側面を把握することの必要性を述べている。

一方、直接利用者にケアを提供する介護職の団体からは、医療・看護職との違いとして、利用者や家族と接している時間の長さゆえの生活支援への理解の高さとそのことについて医療・看護職にコミュニケーションを通して伝えることが重視されている。また現場で家族と接する時間も長いことから、家族の苦しみの理解や気持ちの揺らぎへのサポートも自身の役割と考えている。上記の福祉職が家族も含めた多職種連携を自身の専門性と考えているが、利用者や接する時間が長いのは介護職であるため、家族とのコミュニケーションにおける介護職特有の役割を見出している。介護職と福祉職との家族との関係に関する語りを比較すると、福祉職が他の職種と家族との調整を重視しているのに対し、介護職は家族と自身とのコミュニケーションに力点がある。

同時に患者に対して看護を行い医師とのつなぎの役割も担う看護職からは、介護職と比べた利用者との接点の少なさと医学的知識の豊富さという点を踏まえて、介護職から看護職への連絡のタイミングの指示を多職種連携における自身の役割と考えている。看護職は介護職と比べて患者と接する時間が短い一方、どのように体を動かすのかやどのようになれば健康面で危険な状態にあるのかなど医学

的な知識は介護職と比べて豊富である。そのため医学的な対応が必要な場面での連絡や対応のポイントを介護職に伝えることを自身の多職種連携における専門性として重要視しているのである。

そしてこのような医療面での知識を介護職に伝える際に、平易な言葉で説明することも自身の役割として重視している。後述するように介護職は医療的側面の知識の不足のため看護医療の専門用語だけではなく介護職も理解できる日常用語も駆使した説明を看護職に求めているが、看護職も同様の点を自身の今後の役割であるという課題認識を持っている（高橋 2016：40）。

一方、医療看護の知識は福祉職や看護職よりも豊富であるため、福祉職が自身の役割として重視していた家族とのコミュニケーションに関しても、医療看護的な側面に関しては福祉職任せではなく、自身の役割と考えている。

#### 4. 他の専門職に対する各職能団体の考え

さらにチームケアに際して、他の専門職に対する要望をここでは考察する。上記の3がチームケアにおける自らの専門職の役割についての職能団体の考えであったのに対し、ここでは他の専門職に対する役割の変更あるいは新たな役割の遂行についての考えを考察する。ターミナル期のチームケアは多職種の連携を必要とするが、それゆえに専門職間の役割分担に関する意見の相違が生じる可能性がある。現在自身が担っている役割を他の専門種に役割を代わってもらうことによる自らの負担の緩和という点がまず考えられる。あるいは他の専門職が新たな役割を果たすことによる自身の職務の円滑な遂行というケースも考えられる。

それでは職能団体は、現在のターミナルケアにおける役割分担のうち、どのような点を他の職種に求めているのだろうか。

まず多職種の調整を専門性と考えている福祉職の職能団体からは、調整における医療職や看護職からの配慮を求めている。日本介護支援専門員協会からは病院の退院調整の遅れによって退院後のケアマネジャーによるケアプランに基づいた現場を十分に踏まえた調整が困難になること、介護職出身のケアマネジャーが多く上記のように医療・看護職に対して苦手意識を持っている現状では医療側がルールを整備し病院の退院調整ナースの側から退院調整の連絡を迅速にしてもらった方が、病院と在宅との連携、在宅での調整も円滑に進むことが語られている。一方、日本社会福祉士会からは医療職の介護職の現状に対する理解を求めて、介護職の責任をどこまで定めるのかについて介護職の考えや介護現場の生活支援等の現状を踏まえて、介護職、福祉職との情報の共有を行うことを医療職に求めている。

利用者に対して直接介護サービスを提供する介護職の職能団体からは、医療職・看護職に対しては介護職にもわかりやすい表現での医学的状況の説明、福祉職に対しては医学的知識も踏まえた介護職も含めた多職種の調整を行うことを求めている。医師や看護師に対しては専門用語ではなく利用者や家族、介護職も理解できる平易な日常用語での説明を求め、腕の伸縮の操作や体の清拭など介護職が専門的知識を持たない点に関して看護師や理学療法士から現場で利用者と接する時間の長い介護職への指導を求めている。また日本ホームヘルパー協会からは呼吸困難に見える下顎呼吸等に際して死に至る不可避の状態なのか、対処方法次第で改善可能なことなのかの判断がつかないというターミナルケアにおける苦勞が語られ、末期がん等を除いてターミナル期が到来したのかどうかの判断の難しさが指摘されている。このようにターミナルケアの時期の医学的な判断の難しさは、医療職、看護職か

ら介護職に対するさらなる支援を求めることにつながっているといえよう。

## 5. 公的制度に対する要望

ここでは、各職能団体がどのような制度面での改善を求めているのかを考察する。ターミナルケアに際しては、各専門職の労働面での条件改善と他の専門職との連携による連帯の創出が求められる。いずれにおいても現場の創意工夫のみでは普遍的なものにすることは困難であり、制度的な対応が求められる。冒頭に言及したように職能団体は現場の意見を吸い上げて政策提言を行うアドボカシー機能も果たしている。よって職能団体の制度への要望について考察することによって、今後の政策提言の可能性や政府が制度設計に際して加味すべき項目を明らかにすることにつながる。

では各職能団体はどのような制度面での改善を求めているのだろうか。

多くの団体からターミナル期に関する報酬を設定することに対する要請が行われている。日本介護支援専門員協会からは特別養護老人ホームや訪問看護ステーションが看取り・ターミナルケアに関する加算が介護報酬において算定されているのに対して、ケアマネジャーがターミナル期を念頭に置いてケアプランを作成しサービスの調整を行っても介護報酬への加算が行われないことが指摘されている。また相談援助や地域単位での総合調整の役割を担う専門職の団体である日本社会福祉士会においても、医療資源や介護資源の開発の役割を担う社会福祉士が在宅の診療所に配置されても制度的に加算されず、このような調整役割を担う福祉職に対する加算が行われないがゆえに、調整の対象である地域における医療資源や介護資源が不足する結果を招いていることが指摘されている。さらに高齢者介護において規模が拡大している訪問介護の職能団体である日本ホームヘルパー協会からも訪問介護に関して看取り・ターミナルケアに対する加算がないため、加算を求めている。

また日本介護福祉士会や日本看護協会、日本介護支援専門員協会からは医師の多忙化で介護、看護現場と医師との連絡がとりづらいう一方、医師による死亡診断の死亡後 24 時間という制約から、常勤の医師が不在の在宅や福祉施設での看取りが進まないことから、この点での制度の改善を求める語りが見られる。医師が常駐していない在宅での看取りを希望する者が増える状況下での医師による迅速な死亡診断という現行の制度上の制約が語られている。この点を踏まえて日本看護協会からは看護師からの情報提供によって医師が死亡診断書を書けるようにしたり、ICT の技術を駆使した医師による遠隔地からの死亡診断を可能にすること、そのことによって在宅や特別養護老人ホームでの看取りを行いやすくするという提案が行われている。

一方、制度的に加算が配置される時期とターミナルに向けた対応の開始の時期とは異なるという点も、日本介護福祉士会からは指摘されている。日本介護福祉士会からはターミナルケアに関する加算が一ヶ月前からと制定されていることで、対応の意識も一ヶ月前からと区切られ、対応の遅れが指摘されている。人員配置等のための加算をターミナル期に合わせて配置することを制度的には求めつつ、それ以前より長期的なスパンでターミナルケア、看取りに向けた支援を意識することの必要性が語られている。

## 7. まとめの考察

以上を踏まえると、まずターミナルケアに関してターミナル期に入る前の段階から専門職に喚起させるための手段として、職能団体毎の研修の役割が共通して重視している。家族形態の変化も相俟つ



た現在のスタッフの看取りの経験の不足によるターミナルケアに対しての不安感から、個別具体的なケースに基づいた研修でのグループワークの必要性が語られている。他には居宅での看取りを行う場合、職場である事業所において少数の存在であるがゆえに、個別の職場を越えた同一職種同士の研修を通じた交流の必要性も指摘されている。

2 点目として、ターミナル期における利用者の趣向も反映した生活支援が、介護職の職能団体だけではなく看護職や福祉職の職能団体からも重視され、そのために自身の専門職の役割と他の専門職に対する要望が語られている。日本社会福祉士会からは医師に対して介護職の持っている生活支援の専門性を引き出した総合調整を行うことを求めている。介護職の職能団体は生活支援を自身の専門性として重視し看護職や福祉職に対してその必要性を訴えかけていくことも多職種連携における自身の役割と考えている。一方で介護職の職能団体のスタッフは安心して生活支援に取り組むためにこそ医療的な面での不安を取り除く必要があると考えているため、調整役割を担う福祉職に対して医療面での知識も踏まえた調整を求め、同時に看護職には医療知識に関するわかりやすい説明を求めている。そして看護職の職能団体である日本看護協会のスタッフは、医療的な面でのデータに基づいた生活支援の遂行の介護職への依頼を自身の役割と考え、また専門用語に偏らずにわかりやすい用語で他の専門職への医療面での利用者の情報の伝達を重視している。

3 点目として、それぞれの職能団体の定義する専門性に基づいて、各専門職による家族とのコミュニケーションの必要性が強調されている。従来は家族とのコミュニケーションは相談援助や多職種連携の調整役割を担う福祉職が重視しているとされてきた（たとえば高橋 2016 : 41-42）。しかしながら福祉施設のケースと異なり、居宅での看取り、ターミナルケアにおいては、福祉職の利用者や家族との接点が他の専門職に比べて少ないこともあって、介護職は利用者や家族と長時間接しているがゆえの家族の心理の理解、生活支援の専門性という点から家族とのコミュニケーションの役割を重視（高橋 2016 : 38 参照）し、看護職は他の職種において知識が不足している医療、看護面での知識の観点から家族とのコミュニケーションを重視している。以上より各専門職の職能団体は多職種の調整役割を担う福祉職に家族とのコミュニケーションを含めた調整役割を委ねているわけではなく、自身が率先して家族と相互作用を行うことを重視している。

最後に、介護報酬への加算という給付面での拡大と柔軟な死亡診断による規制の緩和という提案が居宅での看取りの促進のために提案されている。社会政策による看取りをはじめとした生活の「必要」の程度は、社会規制という手段と社会給付という手段を用いて行われる（武川 2007 : 6-16）。まず社会給付の面では、看取り・ターミナルケアに関する加算の増額、新たな設置が求められている。施設でのターミナルケアに比して居宅での福祉職、介護職によるターミナルケアに対する加算が乏しいため、給付政策を通じた改善を求めている。一方社会規制の点では、各職種から 24 時間以内の医師の死亡診断の必要性という現行制度の規制の緩和を在宅や福祉施設での看取りの促進のために要望がなされている。

## 引用文献

篠田道子, 2013, 「終末期ケアにおける多職種連携・協働の実態-特別養護老人ホームと医療療養病床の異同を通して-」『日本福祉大学社会福祉論集』第 129 号 : 15-35

高橋幸裕, 2016, 「特別養護老人ホームにおける円滑な終末期ケア実施に関する調査研究-京都・大分

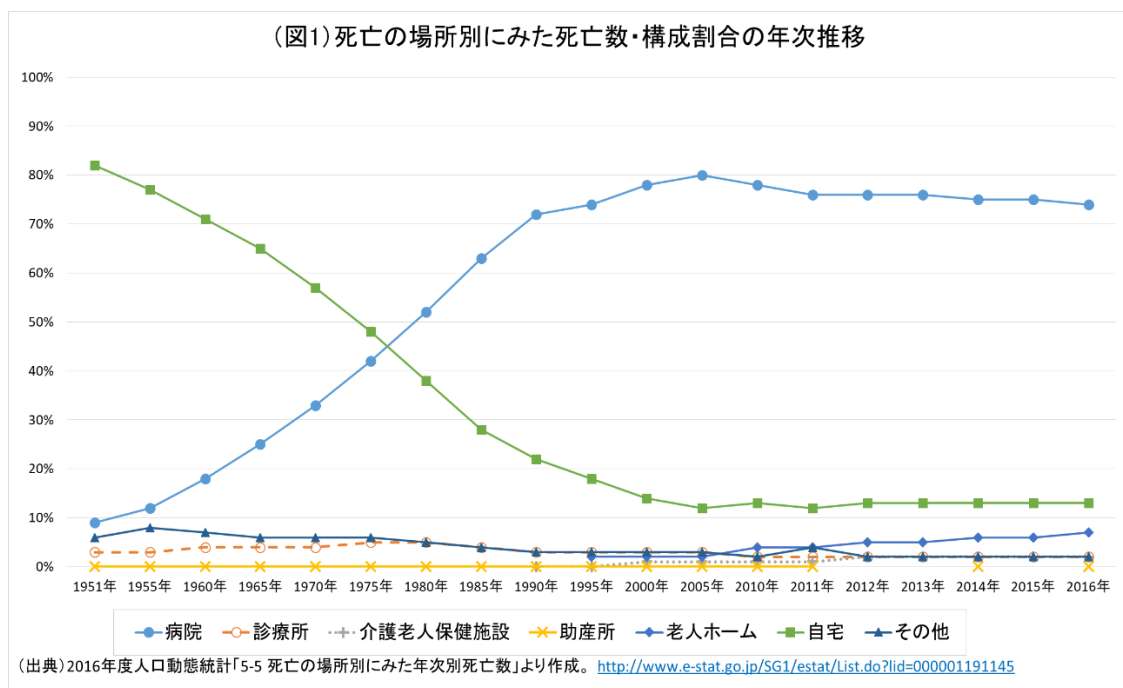
の調査結果からの考察-」『尚美学園大学総合政策論集』23：25-44  
武川正吾, 2007, 『連帯と承認』東京大学出版会

## 8. 総括

尚美学園大学総合政策学部総合政策学科 専任講師 高橋 幸裕

「終末期介護におけるケアの提供方法と連携のあり方について」

高度経済成長期頃までは家庭で家族を看取することは一般的であったが、この時期からの都市へ人口集中や病院へのアクセスが整備されたことを理由に世帯人員数も減っていったことにより、1976年には病院死との割合が逆転し、在宅死が1割まで低下していった。(図1) また医学の進歩や医療保険制度の充実、医療機関へのアクセスが向上した結果として、病院死が一般的となった。結果として死を迎えるあり方に変化(世代間での看取りに関する経験の断絶)が生じ、家族機能として看取りは消失していった。



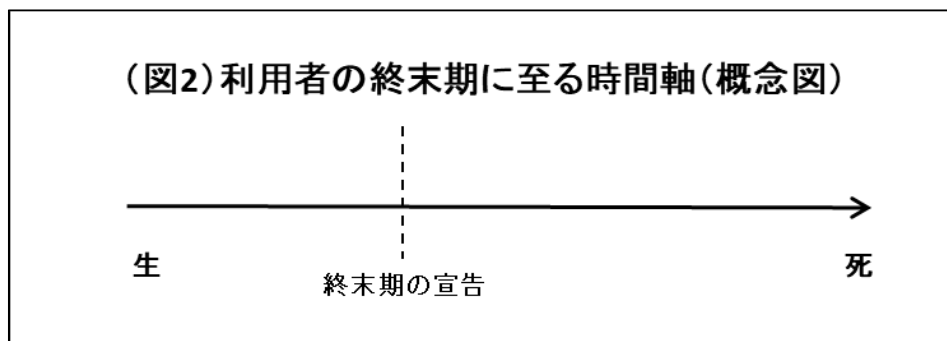
他方、2000年4月から始まった介護保険法の理念の一つに利用者本位が示されており、病院で最期を迎える者の割合が僅かではあるが減少傾向となり、それ以外の場所での割合が微増する傾向がみられるようになった。しかし、世帯人員の減少や看取り経験の喪失を考えれば、再び家庭内で死を迎える環境を整えることは容易ではない。すなわち、単に再び家族のみで看取りを担おうとしたからではなく、何かしらの制度的支援を受けながら最期を迎えることという、新たな形での看取りのあり方が模索されるようになってきた結果であると考えられる。

そこで今回実施した調査研究では、「介護現場における介護職と看護職による『看取り』と『死』の持つ意味の差異を踏まえたケアの提供方法と連携方法の構築に関する研究」(以下、本研究プロジェクト)を実施することとした。本研究プロジェクトはその名前からも明らかなように、専門職としての

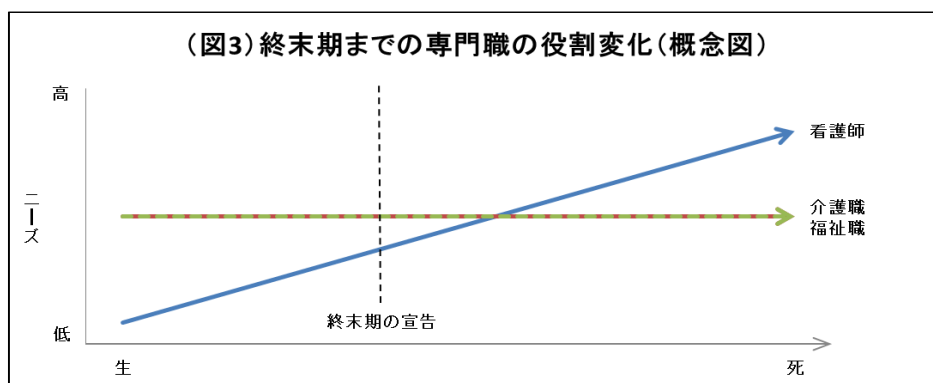
終末期介護のあり方をそれぞれの職業特性から検討し、どのような形で連携しながらケアを提供することが利用者と家族の利益になるのかを検討したものである。

尚、「終末期介護」は「看取り」と概念上密接に関連しているが、それは終末期という医師の宣告があり、専門職（介護職<sup>1</sup>、看護師、福祉職<sup>2</sup>）が利用者本人と家族の意向を踏まえながら死を迎えるまでの期間を含め、家族も包括的かつ総合的な生活支援を行うことと定義づけることができる。他方、「看取り」は終末期宣告の有無にかかわらず、家族などによって死を迎える直前の時期での行為を指すこととしている。但し、「看取り」は家族だけで行われていたものが専門職も関与する流れとなってきたため、「終末期介護」が「看取り」を包括しつつあることから、本来的な概念が曖昧な状態となりつつある。

これらを踏まえた上で今回の調査結果から専門職からの視点の違いを検討していくこととする。終末期介護は時間軸として考えた場合、医師による終末期宣告を受けたとしても生から死へと時を刻むだけでありその瞬間を区切りとした変化はない。（図2）



しかし、時間が進むごとに求められる支援が変化していくことになる。（図3）で示したように、概念的には死に近づけば近づくほど、支援の内容は看護師が関わっていく度合いが高くなっていく（医療的側面の色合いが濃くなる）。但し、介護職や福祉職が担うサービスのあり方は基本的に大きな変化は生じてこない。



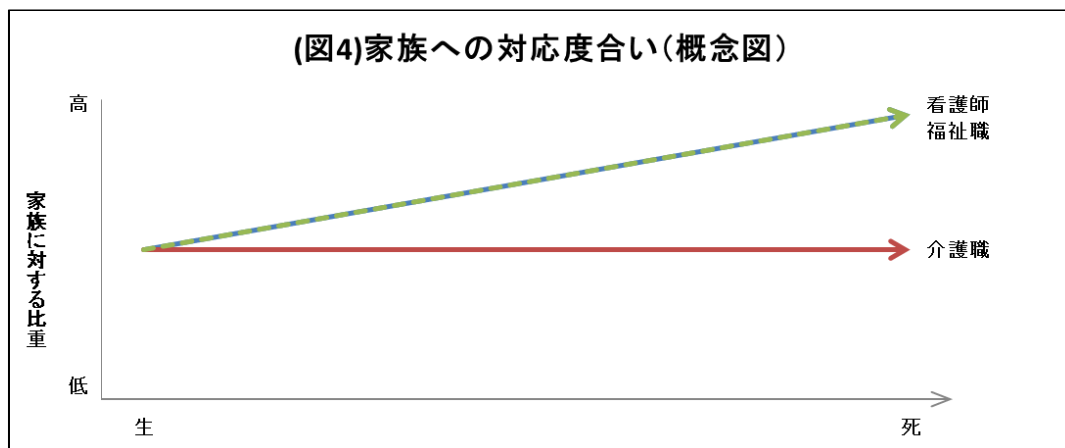
<sup>1</sup> 訪問介護員2級修了者、介護職員初任者研修修了者、介護福祉士を指す。

<sup>2</sup> 社会福祉士、介護支援専門員を指す。

介護職の終末期介護に関する役割は、死は日常生活の延長線上にあり特別なものではないと考える傾向にある。死を自然な形で迎える＝安楽な状態の確保と保持をすることを役割としている。介護職の担う役割は生活支援であることから、死を日常生活の一部に組み込んでいることが分かる。そのため、職務としての介護職はケアプランに即した形で日常生活支援（身体介護、生活援助）を継続することが役割となる。（図4）

福祉職は利用者側のニーズを把握することに傾注するが、終末期となると利用者本人の意思確認が困難な状態になる場合が多いことから、主として家族に対応する機会が増えてくる。特に介護支援専門員の場合、介護保険制度のルールに即してニーズをケアプランに落とし込んで作成するとどうしてもタイムラグが生じてくる。そのため、ある程度の変化を見込んでケアプランを作成する場合もあり、利用者の状態を見ながらの微修正をすることが基本的役割となる。（図4）

看護師の場合、終末期にある利用者は身体状態が不安定になりやすくなるため、変化を見極める必要性が高くなっていく。そのため、利用者に接する割合が高くなる傾向があるのはもちろんのこと、身体状態の変化を観察、記録し、医師に連絡や報告する役割を担うことが多くなる。その意味では、看護師はケアを提供するだけでなく、その結果を記録としてまとめること、医師やチーム内の専門職の調整をするといった多岐にわたる役割を担っている。（図4）



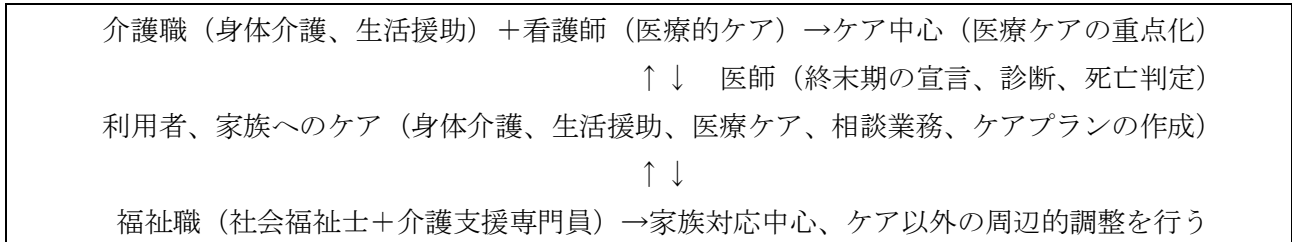
このような基本的な役割を踏まえ、それぞれの専門職にはチームとして活動するための全体的な構造について確認しておくこととする。

終末期介護の対象者は利用者と家族に分けることができる。利用者へのアプローチは介護職と看護師が中心となって終末期介護としてケアを展開する。介護職は日常生活支援に位置付けているが、緊急時の対応について家族からの意見を踏まえてチーム内ですり合わせを行うことをしている。看護師は日常生活から医療支援への展開がなされることで看護サービスの役割が大きくなっていく。時間の経過とともに看護師が利用者に関わる頻度は高まっていくことになる。もちろん医師との連絡役、利用者の身体状況の変化を確認することで健康管理のための記録を取ることも並行して行っている。

他方、福祉職の場合、終末期になると利用者との関わりがより間接的になる。より間接的になるということは疎遠になるということではない。利用者が終末期になると医療的対応に重点が移っていくことになるため、社会福祉士の場合、チーム内で共有される情報を家族に伝えながら心の揺らぎを受

け止めながら対応していくことになる。介護支援専門員の場合、新しいニーズに基づいたケアプランの作成をするよりも安定的な生活環境を維持する方向に力点を置くようになる。すなわち、福祉職は家族への対応が中心となるが、利用者がより安楽な状態を継続できるようにすることも視野に入れた役割を果たす。

(表 1) 利用者、家族に対する終末期介護の全体構造（総合的な支援体制の構築）



ところで、終末期介護には様々な専門職がチームとして構成されている。それぞれの職種において職務上の課題がある。それぞれの専門職が抱える課題を確認していく。

介護職の場合、技術的観点からすると、看取りそのものが介護サービスを展開する上で確立途上である。その根拠として、養成段階から終末期介護、死についての学びができていないことが指摘できる。また上述したように介護職は家庭内で看取りを経験したことがある者が少ないことや、生活支援と位置付けた業務であることから、経験則であっても実践に反映することができない状態である。従って、介護技術の中で終末期介護に関する方法論は確立することができていないことになる。

看護師の場合、利用者が終末期介護状態となって以降、その役割は大きくなる傾向にある。看護師の専門領域、スキルにおいて看護学、医学に基づいて判断と対応がなされていることによる。その上での課題は、看護師がチームとして中心的な役割を担うためのマネジメント能力を高めることが必要である。具体的には看護師は医師に利用者の状態報告と、介護職に利用者の急変対応方法、福祉職に対してケアプランの修正や家族への状況説明が十分にできるだけの情報提供をすることである。

福祉職の場合、直接的アプローチが増大する介護職や看護師とは異なり、家族対応、ケア以外の周回の調整を行うことが役割であり、利用者が終末期介護状態になった時点で間接的なアプローチになる場合が多いことから、どのような形でチームとしてかかわり方（アプローチ）をしていくかである。すなわち、終末期介護状態となった利用者、家族に対してニーズの把握を踏まえたケアプランの作成と修正、精神的不安感の軽減をしていくことが役割である。その上で、間接的なアプローチのあり方を導き出すことが課題である。

最後に、専門職ごとに異なる終末期介護のアプローチに対して、どのようなケアの提供方法が望ましいのか、多職種連携の方法について考察を行う。

最初にケアのあり方についてである。既に述べたように本研究プロジェクトでは、終末期介護は「利用者本人と家族の意向を踏まえながら死を迎えるまでの期間を含め、家族も包括的かつ総合的な生活支援をすること」と定義づけている。従って、終末期介護は治療をすることが目的ではなくより緩やかな形で死が迎えられよう生活支援をすることが基盤となる。ケアのあり方は延命や治療を目的としない形であることである。無論、終末期介護となる前後において、状況の変化や家族の気持ちの揺らぎにより決定していた方針が変更されることもあり、柔軟な対応をする必要がある。同時に、ケア

プランは利用者にとってできる限り安楽な状態を維持できるように配慮し、逐次調整を行うことが求められる。

また、時間の経過とともに身体状態の変化に対応していくことが求められることから、異なる職種であっても利用者の身体状態に応じてシームレスなケアを行い、かつ家族に対する精神的不安感、負担感を軽減していく体制を構築していく必要がある。以下、要点をまとめる。

(表 2) ケアの提供方法 (要点)

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・終末期介護は治療をすることが目的ではなく、より緩やかな形で死を迎えられるための生活支援であること</li> <li>・終末期介護となって以降、決定した方針に固執することなく、家族の以降も踏まえた柔軟な支援体制とすること</li> <li>・ケアプランについては利用者にとって安楽な状態を維持できるよう逐次調整を行うこと</li> <li>・終末期となると利用者の身体状態は不安定化することから、状況に応じてシームレスな対応を行うこと</li> <li>・終末期になると家族に対する精神的不安感、負担感が大きくなる傾向にあることから、負担感を軽減する支援体制を構築し試みること</li> </ul> |
|--|

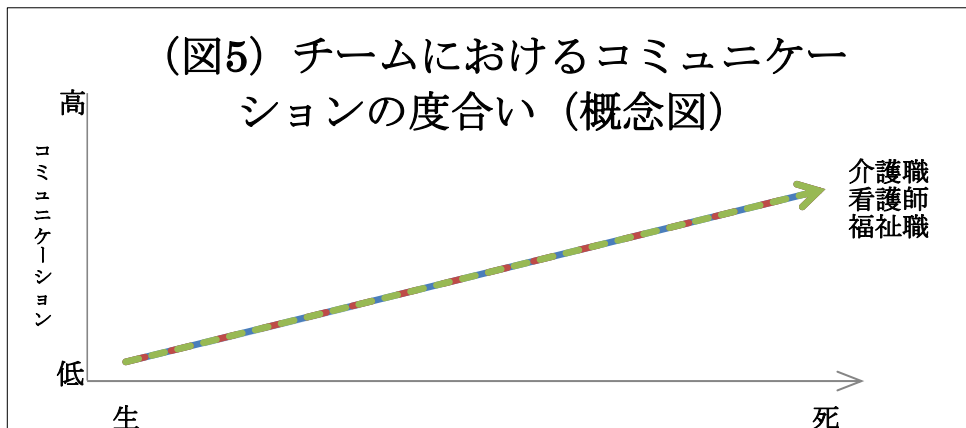
次に連携の方法について検討する。特に多職種連携を念頭に置いて述べることにする。多職種連携は、異なる職種間で同一の目的・目標を達成するためにそれぞれの役割を遂行するための手段である。終末期介護において求められることは、専門職間の「隙間」を作らないこと。言い換えれば、連携を密にとることであるが、そこには各専門職から出された情報へのアクセスのしやすさを考慮して情報発信をする、情報の共有方法（言語的コミュニケーション、非言語的コミュニケーション）を工夫する、チーム内での信頼関係の醸成、専門性の違いを埋めることがキーワードとして挙げられる。つまり、連携を密にするためには互いに知ることが必要であるが、終末期介護という場所で求められる専門性の違いを念頭に考えなければならない。

では、どのようにすることが良いのか。利用者が終末期であると医師から宣告を受けた段階で、カンファレンスにおいて終末期介護で求められる役割を明確化することから始まる。終末期介護で求められるニーズが事前に分かっていたらそれに対応する体制を構築すればよいが、今回のヒアリングを通じて見受けられたケースでは、利用者が医療機関から自宅に戻ってきた段階で既に終末期である場合がある。後者の場合はニーズが十分に把握できず、利用者に残された時間は限られている。そのため、情報の共有とアクセスのし易さが鍵になると言える。例えば、医療機関から看護師もしくは福祉職（介護支援専門員）からの情報をどのように出すかである。電話、メール、FAX が主な情報伝達手段になると思われるが、そこでチーム内で漏れないようにすることに注意をしなければならない。

また、終末期介護中ではチーム内で得られた情報が言語化され切らず非言語のまま表現されることもある。そのようなことにも情報の発信側はもちろんのこと、受け手も情報の受け方を曖昧にしないようにすることも求められる。曖昧な表現は提供するサービスのブレが生じ、終末期介護サービスの質の低下にもつながる。

これを埋めるためにもチーム内で信頼関係の醸成をすることである。人間関係を良好に保つことだ

けを指すのではなく、互いに意見を言い合うことができる、確認することができるまでの関係性を構築することが必要である。後述するように、曖昧な表現や誤解を招く情報伝達をしてしまうと利用者や家族への対応に大きな影響が生じるためである。(図5)



そして、より精緻な形での情報共有を果たすためにも専門性の高さの違いを如何にして乗り越えるかということが課題となってくる。例えば、看護師と介護職、福祉職では学んでいる内容も異なる。求められることは平易な言葉で説明すること、分からない用語や情報を曖昧なまま受け取らないことである。これが専門職間の隙間を埋めるために必要な要素である。以下、要点をまとめる。

(表3) 連携の方法 (要点)

- ・情報の共有 (言語的コミュニケーション、非言語的コミュニケーション) をしっかりとすること
- ・各専門職から出された情報のアクセスのし易さを考慮すること
- ・チーム内での信頼関係を醸成すること (意見交換ができる、確認することができる)
- ・専門性の違いを埋めること (平易な表現を用いる、曖昧な表現はしない)

以上の事から、本研究プロジェクトの調査結果を踏まえ、ケアの提供方法及び連携の方法について明らかとなったことをまとめた。もちろん、今回行った研究内容に課題がなかったかと言えば、いくつかの課題がある。それは調査対象が専門職と職能団体を対象に行ったが、①職種を介護職、看護師、福祉職に限定したことでその他関連する職種の全てを取り上げられなかったこと、②介訪問介護事業所、医療機関、訪問看護ステーション、介護支援事業所、介護老人保健施設というように幅広く調査を行ったため調査結果にばらつきが大きく分析が困難であったこと、③専門職と職能団体から得られたデータを統合的な形で十分に分析することができなかったことである。

しかしながら、今回、限られた期間の中で専門職の持つ看取りと死に対する姿勢や職業特性が明らかにできたこと、職能団体が考える看取りと死についてのあり方や考え方を確認することができたのは大きな成果であったと考える。

本研究プロジェクトの結果が少子高齢人口減少社会における我が国において、安心して人生の最期を迎えられるための一助になることを心より願っている。



## 9. 謝辞

今回の調査研究では介護現場や医療機関で働く専門職の皆様の多大なるご協力だけにとどまらず、各専門職団体のご担当者様にもご多忙な中大変貴重な時間を割いていただき、聞き取り調査を行う頂くことができました。また、調査協力先をご紹介してくださいました公益財団法人介護労働安定センター埼玉支部の皆様にも多大なるご協力を頂き、研究をまとめることができました。そして、公益財団法人損保ジャパン日本興亜福祉財団様より 2016 年度ジェロントロジー研究助成採択課題として本研究テーマを採択してくださり、貴重な機会を得ることができました。この場を借りて厚く御礼申し上げます。

調査計画を構想した時点を振り返ると、専門職の皆様に終末期介護の実態をお聞きすることを考えていました。ただ、「専門職」ということを考えると職能団体が組織されていることから、専門性に関する考えがあるのではないかと考えるようになりました。

先行研究を調査すると職能団体について記述された研究はありましたが、関連し合う領域を総合的に調査研究したものはありませんでした。専門職と職能団体、すなわち理論と実践を融合していくには双方を研究対象とすることが理想的であると考えました。

いざ、研究が開始されると介護、福祉、看護のそれぞれの専門職と各職能団体への質問についてどのようなことを関連付けながら、枠組みとしてとして形作っていくのかについて共同研究者と共に悩みました。結果、本研究テーマにおいてそれぞれの立場で最も求められること、有している課題を基本的なフレームとして形としました。

研究テーマの採択をいただいた日から様々な課題をひとつずつ乗り越えた成果をこのような報告書としてまとめることができたのは、研究代表者として何よりも感慨深いものです。この研究成果が介護現場に携わられている専門職の皆様、各職能団体関係者様にとって有益なものとなることを願っています。最終的には介護保険制度利用者、家族の皆様にとって望ましい人生の幕引きが実現できる一助となることを願っています。

2018年3月15日

尚美学園大学総合政策学部総合政策学科

専任講師 高橋 幸裕



卷末資料

フェイスシート

## アンケート用紙（属性に関する内容）

番 号：

実施日： 月 日（ ）

実施者：高橋 ・ 角 ・ 古賀

実施地：東京都・埼玉県・神奈川県  
（ ）市・区・町・村

種 別：特別養護老人ホーム

訪問介護事業所

訪問看護事業所

病院（医療機関）

その他（ ）

Q. あなた自身についてお伺いします。

問 1. 性別をお伺いします。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 男性 (2) 女性

問 2. 年齢をお伺いします。数字を記入してください。

( ) 歳

問 3. あなたが有している資格についてお聞きします。当てはまるものすべてに○をつけてください。

- (1) 介護福祉士 (2) ホームヘルパー2級 (介護職員初任者研修修了含む) (3) 社会福祉士 (4) 精神保健福祉士 (5) 介護支援専門員 (6) 医師 (7) 看護師 (8) 准看護師 (9) 作業療法士 (10) 理学療法士 (11) その他 ( )

問 4. 看取りを担当された時についてお伺いします。あなたはどの立場で看取りを担当されていましたか。

- (1) 介護福祉士 (2) ホームヘルパー2級 (介護職員初任者研修修了含む) (3) 社会福祉士 (4) 精神保健福祉士 (5) 介護支援専門員 (6) 医師 (7) 看護師 (8) 准看護師 (9) 作業療法士 (10) 理学療法士 (11) その他 ( )

問 5. 介護関係の仕事に携わってから全体で何年になりますか。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

( ) 年 ( ) ヶ月

問 6. 在宅介護現場で働いた経験年数を教えてください。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

- (1) ある (2) ない

( ) 年 ( ) ヶ月

問 7. 高齢者福祉施設等で働いた経験年数を教えてください。当てはまる施設に○をつけて数字を記入してください。※医療職の方は、介護現場に携わられてからの年数を記載してください。

- (1) 特別養護老人ホーム ( ) 年 ( ) ヶ月  
(2) 介護老人保健施設 ( ) 年 ( ) ヶ月  
(3) 介護療養型医療施設 ( ) 年 ( ) ヶ月  
(4) グループホーム ( ) 年 ( ) ヶ月  
(5) 有料老人ホーム ( ) 年 ( ) ヶ月  
(6) その他 ( ) ( ) 年 ( ) ヶ月

問 8. あなたが現在勤務している法人の種別を教えてください。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 社会福祉法人 (2) 医療法人 (3) 民間企業 (4) NPO 法人 (5) 地方自治体  
(6) その他 ( )

問 9. あなたが現在勤めている法人は勤務してどれくらいになりますか。

( ) 年 ( ) ヶ月

問 10. あなたの雇用形態についてお聞きします。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 代表者 (2) 正規職員 (3) 契約職員 (4) 臨時職員 (5) 派遣職員 (6) パートタイム  
(7) その他 ( )

問 11. あなたの職場での立場についてお聞きします。当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 法人経営者 (2) 施設管理者 (3) 役職なし (4) 役職あり (フロアリーダー等)  
(5) その他 ( )

問 12. あなたがこれまでの勤務経験で看取りを担当したことがあるケース数についてお伺いします。これまで職場で看取りを担当したケースを記入してください。

( ) 件

問 13. あなたは現在、勤めている法人で看取りを担当していますか？当てはまるものに○をつけてください。

- (1) 現在、看取りを希望する利用者（        ）件を担当している。
- (2) 現在、看取りを希望している利用者の担当ケースはない。

問 14. 医療職の方のみにお聞きします。訪問看護事業所に務める前に医療機関（療養病床）で患者の看取りをした経験がありますか？※急性期の場合を除く。

(1) はい

- ①1～5件   ②6～10件   ③11～20件   ④21～30件   ⑤31～50件   ⑥50～80件
- ⑦81～100件   ⑧100件以上

(2) いいえ

質問は以上です。ありがとうございました。引き続き、インタビューのご協力をよろしく願い申し上げます。





---

公益財団法人 損保ジャパン日本興亜福祉財団  
2016 年度 ジェロントロジー研究助成採択課題

介護現場における介護職と看護職による「看取り」と「死」の持つ意味の差異を踏まえた  
ケアの提供方法と連携方法の構築に関する研究  
報告書

発行日 2018 年 3 月 15 日  
発行者 高橋 幸裕(尚美学園大学総合政策学部総合政策学科)  
〒350-1110 埼玉県川越市豊田町 1-1-1  
発行所 TEL:049-246-2700(代表)  
E-mail:yu-takahashi@s.shobi-u.ac.jp  
〒629-2263  
印 刷 京都府与謝郡与謝野町弓木 1865  
三景印刷株式会社

---

本報告書に記載された論文および図表・データには著作権が発生しております。  
複写等の利用にあたっては発行者までご連絡ください。